

東神楽町定期予防接種自己負担免除申請書

被 接 種 者	住所	東神楽町		Tel	—	
	氏名	フリガナ		生年月日		
				年 月 日生		
		フリガナ		生年月日		
				年 月 日生		
		フリガナ		生年月日		
				年 月 日生		
		フリガナ		生年月日		
				年 月 日生		
		フリガナ		生年月日		
		年 月 日生				
医 療 機 関 接種を希望する	住所					
	医療機関名					
	接種予定年月日	令和	年	月	日	
上記のとおり予防接種法による定期予防接種（高齢者のインフルエンザ・新型コロナウイルス・高齢者の肺炎球菌・带状疱疹）の自己負担額の免除を申請します。						
令和 年 月 日						
東 神 楽 町 長 様						
申 請 者						
住 所 東神楽町						
氏 名						
続柄（ ） 印						

申請に必要なもの
●生活保護を受給していることがわかる書類 ●申請者の印鑑