様式第１号（第５条関係）

予防接種費用免除申請書

年　　月　　日

高梁市長　様

申請者　 住所　高梁市

　　　　 氏名

本人の自署による署名又は記名押印をしてください。

　　　　 電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 申請者との続柄 |  |
| 住所 | ・申請者に同じ  高梁市 | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　　　　　　年　　月　　日　（　　　歳） | | |
| 希望する予防接種 | インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症・帯状疱疹 | | |
| 申請理由 | 生活保護法により扶助を受けている世帯に属する者 | | |

上記のとおり、予防接種費用の免除を受けたいので申請します。

なお、審査に際し、個人情報の確認に同意します。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

上記の者は、生活保護を受給している世帯員であることを確認した。

|  |  |
| --- | --- |
| 照合年月日 | 確認者 |
| 年　月　日 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※市記入欄 | 交付年月日 | 年　　月　　日 | 受付印 |
| 交付番号 | インフルエンザ  高齢者用肺炎球菌  新型コロナウイルス感染症  帯状疱疹 |