

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

ふりがな 被接種者名		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・带状疱疹		
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 _____	
		带状疱疹 _____	