様式第１号（第６条関係）

武豊町定期予防接種実費徴収免除申請書

　　　　年　　月　　日

　武豊町長

申請者　住所

氏名

電話番号

次のとおり武豊町定期予防接種実施要綱第６条に基づき申請をします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 | □申請者と同じ |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生　(　　　　歳) |
| 住所 | 武豊町電話番号　　　　　（　　　　　） |
| 免除資格 | □生活保護世帯□町民税非課税世帯（該当するものに☑をつけてください。） |
| 予防接種の種類 | □インフルエンザ□肺炎球菌感染症（高齢者がかかるものに限る。）□新型コロナウイルス感染症□帯状疱疹（生ワクチン）□帯状疱疹（不活化ワクチン）（該当するものに☑をつけてください。） |
| 証明書の送付先 | □申請者に同じ□対象者に同じ□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 同意欄 | 申請内容の審査のため、免除条件についての資料を武豊町が閲覧及び確認を行うことに同意します。　　世帯主自署：　　　　　　　　　　　　　対象者自署：　　　　　　　　　　 |

職員記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受理年月日 | 年　　　月　　　日　【世帯番号：　　　　　　　　　　　　】 | 受付No. |  | 受付者 |  |
| 本人確認 | □運転免許証　□パスポート　□マイナンバーカード□健康保険証　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |