（様式１）

豊能町予防接種一部負担金免除申請書

　　年　　月　　日

豊能町長　様

申請者（接種予定者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 豊能町 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　 月　 日生（ 　歳） |
| 電話番号 |  |

豊能町予防接種事業実施要綱第６条第２項に基づき、一部負担金の免除を申請します。

また、免除の適否を審査するため、私の個人情報（町民税課税状況等）を閲覧する

ことに同意、若しくは免除理由に該当する証明書を添付いたします。

記

[免除理由]

|  |
| --- |
| 該当する番号を○で囲んでください。  １．　生活保護法による被保護世帯に属する  ２．　町民税非課税世帯に属する |

[接種しようとする予防接種ワクチン]

|  |
| --- |
| １．インフルエンザワクチン  　２．高齢者用肺炎球菌ワクチン  　３．新型コロナワクチン  　４．帯状疱疹ワクチン（生ワクチン・組換えワクチン） |

＜豊能町記入欄＞

|  |  |
| --- | --- |
| １．　生活保護法による被保護世帯 | 該　当　・　非該当 |
| ２．　町民税非課税世帯 | 該　当　・　非該当 |
| ３．　対象年齢の確認 | 該　当　・　非該当 |
| ４.　　本人確認 | あり　・　なし（※なし：代理人が申請の場合は来庁者  　　　　　　　　　　（代理人）の本人確認書類をコピー） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認者：