

(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。

- 生活保護法による被保護世帯に属する
- 町民税非課税世帯に属する
- 中国残留邦人等支援受給世帯に属する

[接種しようとする予防接種ワクチン]

- インフルエンザワクチン
- 高齢者用肺炎球菌ワクチン
- 新型コロナウイルスワクチン
- 带状疱疹ワクチン（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：_____