

様式第1号（第4条第4項関係）

高齢者インフルエンザ予防接種自己負担額免除申請書

令和 年 月 日

伊豆の国市長 様

住所  
氏名 ⑩  
申請者 接種希望者から見た続柄 ( )  
電話番号

伊豆の国市高齢者インフルエンザ等予防接種実施要綱第4条第3項の規定により自己負担額の免除を受けたいので申請します。なお、職員が免除の可否を確認するため、福祉事務所に生活保護法による被保護者であるかどうかについて照合することに同意します。

予防接種希望者	ふりがな		電話番号	
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)		
	住所	伊豆の国市	性別	男・女
予防接種の種類	インフルエンザ予防接種			

(備考) 当該免除の申請及び承認書の受領を第三者に委任する予防接種希望者の方のみ、次の署名及び押印をしてください。(署名が予防接種者の直筆である場合は押印の必要はありません。)

上記の申請者を代理人と定め、高齢者インフルエンザ予防接種自己負担金免除の申請及び承認書の受領の権限を委任します。

承諾者氏名 ⑩

(但し、同一世帯の家族の場合は不要。)