

別記様式（第4条第4項関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

高齢者等定期予防接種自己負担金免除申請書

令和 年 月 日

伊豆の国市長 宛

住 所
氏 名
申請者 被接種者から見た続柄 ()
電話番号

伊豆の国市高齢者等定期予防接種実施要綱第4条第4項の規定により自己負担金の免除を受けたいので次のとおり申請します。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会することに同意します。

被 接 種 者	ふりがな		電 話 番 号	
	氏 名			
	生年月日	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 （該当のものを○で囲ってください）		インフルエンザ予防接種 肺炎球菌感染症予防接種 新型コロナウイルス感染症予防接種		

（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被接種者の方のみ、次の署名又は記名押印をしてください。

上記の申請者を代理人と定め、高齢者等定期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 _____
(署名又は記名押印)