

様式第2号（第7条関係）

予防接種自己負担金免除申請書

申請日 年 月 日

（宛先）長久手市長

長久手市定期予防接種（B類疾病）実施要綱に基づき、下記のとおり予防接種自己負担金の免除を受けたいので、申請します。

なお、申請事由にかかる要件（同一世帯員等）の調査については、健康推進課職員に委任します。

記

申請者氏名 （被接種者）		電話 番号	
住 所	長久手市		
生 年 月 日	昭和 年 月 日		
予 防 接 種 の 種 類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症		
申 請 事 由	生活保護世帯		
同一世帯員の 氏 名	氏名 _____ 氏名 _____		

関係課 確認欄

上記申請事由に	該当する	確認日： 年 月 日
	該当しない	