

# インフルエンザワクチン接種負担金減免申請書

庄原市長 様

予防接種負担金の減免を受けたいので、庄原市予防接種実施要綱第10条の規定により申請します。  
 審査のため、被接種者の市民税額及び世帯の状況を確認するために台帳の閲覧、及び必要に応じて  
 関係機関への照会を行うことについて同意します。

申請者	住所	庄原市 町		
	ふりがな		生年月日	明治 年 月 日
	氏名	Ⓜ		大正 年 月 日 昭和

※申請者と被接種者が同じ場合は、住所、氏名、生年月日は記入不要です。個人番号は減免の適否の審査に利用します。

被接種者	住所	庄原市 町		
	ふりがな		生年月日	明治 年 月 日
	氏名			大正 年 月 日 昭和
個人番号				
助成対象種別 (いずれかに○)		市民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯		

※ここから下は記入しないでください。

減免の適否	適 ・ 不適		減免決定年月日	平成 年 月 日 決定
	確認者印			
課長	係長	合議		担当者