

インフルエンザワクチン接種負担金減免申請書

令和 年 月 日

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	令和 年 月 日 決定
	確認者印			
課長	係長	合議		担当者