

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

申請日 令和 年 月 日

予防疫種負担金の減免を受けたいので、庄原市予防疫種実施要綱第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。

(被接種者) 申請者	住 所					
	ふりがな		生年 月 日	明 治		
	氏 名			大 正 年 月 日 昭 和		
個人番号			※個人番号は減免の適否の審査に利用します。			
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				

届出者	住 所	☐ 申請者と 同じ					
	ふりがな	☐ 申請者と 同じ		続柄		連絡先	
	氏 名						

※届出者が申請者(被接種者)と異なる場合は下記をご記入ください。

委任状	私は、上記の者を代理人と定め、インフルエンザワクチン接種負担金減免に関する届出及び受領に関する権限を委任します。	
	(氏名)	

※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