

(接種前申請)

## 予防接種実費免除申請書

年 月 日

(宛先)高浜市長

(申請者)住所

氏名  
電話番号

平成20年高浜市告示第24号（高浜市住民健診実費徴収規則の規定による実費の額及び予防接種法の規定による予防接種の実費の額）備考第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

また、世帯の課税状況等を確認することに同意します。

接種者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話 ( )
	氏名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
予防接種の種類 および 実費免除の額	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (1,000円) <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 (2,500円) <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス (4,500円) <input type="checkbox"/> 带状疱疹 (生ワクチン 2,500円) <input type="checkbox"/> 带状疱疹 (組換えワクチン 6,500円) 【1回目・2回目】	
実費免除の理由	令和 年度市民税非課税世帯のため	

※申請者が本人または同一世帯員以外の場合は、以下の委任欄をご記入ください。

委任	
令和 年 月 日	被接種者 氏名 _____
私は、次の者を代理人と定め、この申請に係る権限を委任します。	
	代理人 住所 _____
	氏名 _____ (続柄 _____)

添付書類：予防接種予診票 ※（前年度の1月1日以降に転入した方のみ）非課税証明書

宛名番号	受付者
予診票送付先	窓口 郵送 (本人・申請者)

受付印→

