

高齢者インフルエンザ予防接種自己負担金免除申請書

函南町長 仁科 喜世志 様

申請年月日 令和 年 月 日

住 所 函南町
申 請 者 氏名
接種者との続柄
電話番号

予防接種法第5条に基づくインフルエンザ予防接種の自己負担金の免除を受けたいので申請します。

接種者	ふりがな		住所	函南町
	氏名		生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)
申請理由	1. 生活保護法の適用を受けている			
上記の申請に必要な生活保護確認調査をすることに異存ありません。 承諾者氏名 _____				

【町記入欄】

発行年月日	令和 年 月 日
発行場所	

接種医療機関名 ()