

別記様式（第7条関係）

<p>函南町高齢者肺炎球菌予防接種自己負担金免除申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>函南町長 仁科 喜世志 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名</p> <p>肺炎球菌予防接種自己負担金の免除について、次のとおり申請します。 なお、免除申請の理由を確認するため、町が保有する私に関する情報のうち、必要な情報を調査し確認することを承諾します。</p>				
予防接種希望者	ふりがな		住所	
	氏 名	続柄（ ）	生年 月日	年 月 日
免除申請の理由	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯に属する者 <input type="checkbox"/> その他(具体的な理由を記入してください。)			
接 種 希 望 日	年 月 日(ない場合は未記入)			
接種医療機関名				

(行政記入欄)

確認欄
発行日
接種医療機関名