

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<br/>氏 名 ⑩</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。<br/>         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<br>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<br><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 |
|     |