

総社市予防接種費用免除申請書

令和 年 月 日

総社市長 様

申請者 住所

氏名

電話番号

(代理人の場合は、被接種者が希望し同意していることを確認しているので申請します。)

ふりがな 被接種者名	・申請者に同じ	申請者 との 続柄	
住 所	・申請者に同じ 総社市		
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)		
接種種別	インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症・带状疱疹		
申請理由	市民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯		

上記のとおり、予防接種に要する費用の免除を受けたいので申請します。なお、それに伴い市民税課税台帳等により世帯構成員の課税情報等を確認されることを承諾します。

※申請は、被接種者本人、成年後見人（証明できるもの持参）、同一世帯構成員となります。

やむを得ず、同一世帯以外の親族による申請の場合は、住民票の住所への送付により行います。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・※総社市記入欄（記入は不要です）・・・・・・・・・・・・・・・・

受付年月日		交付年月日	
		交付番号	インフルエンザ No. 高齢者用肺炎球菌 No. 新型コロナウイルス感染症 No. 带状疱疹 No.

上記の者は

- 1 生活保護を受給している世帯員です。

照 合 年 月 日	確 認 者 印
年 月 日	

- 2 令和 年度の市町村民税は、課税されていない世帯員です。

照 合 年 月 日	確 認 者 印
年 月 日	

- 3 その他市長が特に必要と認める者