

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

被接種者本人との続柄：

電話番号

次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。また、市民税課税台帳等により世帯構成員の課税情報等の申請内容を確認されることに同意します。（被接種者本人以外※の申請の場合は、本人の同意等が得られているため申請します。）※同一世帯員又は後見人等以外の申請の場合は委任状が必要です。後見人等の場合は証明できるものを持参又は写しを添付してください。

被接種者 ☐ 申請者に 同じ ※申請者欄に ない事項は記 入すること。	氏 名 (カナ氏名)	()
	住 所	総社市
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳) * *60～64歳で、特定の障がいのため医師の判断により対象となる方の場合には✓してください → ☐
接種種別 (該当するもの全てに○)		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* *带状疱疹の場合、接種するワクチンの種類 (生 ・ 不活化 ・ 未定)
免除を申請する理由 (該当するもの1つに✓)		☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯
免除関係書類の 送付先 (該当するもの1つに✓)		☐ 被接種者住所 ☐ その他→ { 〒 } ☐ 申請者住所

・・・・・・・・・・・・・・・・・・※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. 帯 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