様式第1 (第6条関係)

大口町予防接種一部負担金免除申請書

令和 年 月 日

大口町長 様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____

被接種者との続柄 _____

電話番号 _____

大口町予防接種一部負担金徴収要綱第6条の規定に基づき、予防接種の一部負担金の免除を申請します。

記

	氏 名	生年月日	住 所
被 接 種 者	☐ 申請者と同じ	年 月 日	☐ 申請者と同じ 大口町
		年 月 日	☐ 申請者と同じ 大口町
予 防 接 種 の 種 類	☐ 高齢者インフルエンザ予防接種 ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種		
申 請 額	☐ 1,200円(高齢者インフルエンザ予防接種) ☐ 4,600円(新型コロナウイルス感染症予防接種)		
申請理由 1 大口町予防接種一部負担金徴収要綱第5条第1号に該当するため 2 その他 ()			
備 考			