

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

被接種者	氏 名	生年月日	住 所
	☐ 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		☐ 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		☐ 1,500円(インフルエンザ予防接種) ☐ 4,700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			