

高齢者等定期予防接種費用免除申請書

南丹市長 様

年 月 日

下記のとおり高齢者等定期予防接種（インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症・肺炎球菌・带状疱疹）費用の免除を申請します。なお、免除対象者であることを確認するために関係機関に照会されることについて同意します。

申請者 (窓口にくられた方)	住 所	南丹市		
	氏 名		対 象 者 との関係	本人・家族（親族） その他（ ）
対象者 (受けられる方)	住 所	南丹市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	大正 昭和 年 月 日 満年齢（ 歳）
	免除申請する 予防接種	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 肺炎球菌感染症(高齢者がかかるものに限る。) ☐ 带状疱疹		
対象者 (受けられる方)	住 所	南丹市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	大正 昭和 年 月 日 満年齢（ 歳）
	免除申請する 予防接種	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 肺炎球菌感染症(高齢者がかかるものに限る。) ☐ 带状疱疹		
対象者 (受けられる方)	住 所	南丹市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	大正 昭和 年 月 日 満年齢（ 歳）
	免除申請する 予防接種	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 肺炎球菌感染症(高齢者がかかるものに限る。) ☐ 带状疱疹		

*右欄は市役所で記入します

確 認		☐ 生活保護 該 当 ・ 非該当