予防接種個人負担免除券交付申請書

　　年　　月　　日

大洗町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　者 | 住所： |
| 日中連絡先： |
| ： |
| 対象者との続柄： |

下記の通り、予防接種の個人負担免除券を申請します。また、免除対象に該当することを確認するため、生活保護受給者状況について、申請受付担当課が調査することに同意します。

記

個人負担免除対象者についてご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日（　　　　　歳） |
| 住所 | □申請者と同じ  大洗町 |

※窓口申請の場合は生活保護受給者証（休日・夜間等受診用）を提示、郵送申請の場合は生活受給者証の写しを添付してください。

※年度内で対象となる予防接種の個人負担免除券は一括交付になりますのでご了承ください。

※個人負担免除券が必要になるのは町外の医療機関で予防接種を受ける場合のみとなります。

職員確認欄：□生活保護受給者証（氏名・有効期限）のチェック

　　　　　　□対象予防接種のチェック

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 肺炎球菌感染症 | 1枚 |
|  | 帯状疱疹 | 2枚 |
|  | 季節インフルエンザ | 1枚 |
|  | 新型コロナウイルス感染症 | 1枚 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付者サイン