

(様式第 2 号)

加古川市高齢者带状疱疹ワクチン予防接種費用免除申請書

加古川市長 様

年 月 日

みだしの費用免除を受けたいので、加古川市高齢者带状疱疹ワクチン予防接種実施要綱に基づき申請します。

対象者	種別	☐ ビケン ☐ シングリックス（1回目） ☐ シングリックス（2回目）		
	住 所	加古川市		
	氏 名		電 話	（ ）
	生年月日	昭和 年 月 日（満 歳）		
	申請理由	1. 市民税非課税世帯 2. 生活保護法等に基づく保護を受けている者		
申請者	住 所	上記と同じ ☐	続 柄	
	氏 名	上記と同じ ☐	電 話	（ ）

※この免除決定のため必要に応じ対象者及び対象者と同一世帯の者の市民税課税状況又は対象者の生活保護等受給状況について調査を受けることに同意します。