様式第４号（第５条関係）

# 予防接種料免除申請書

年　　月　　日

東近江市長　様

東近江市健康診査受診料及び予防接種料徴収規則第５条第２項の規定により、予防接種料を免除されるよう以下のとおり申請します。

| | | |
|---|---|---|
| 申請者 | 住　所 | TEL　　―　　― |
| | ふりがな | |
| | 氏　名 | |
| | 免除を受ける人との関係 | □本人・同居親族　　□その他（　　）<br>※本人・同居親族以外の場合は、委任が必要です。 |

| | | |
|---|---|---|
| 免除を受ける人（被接種者） | 住　所 | TEL　　―　　― |
| | ふりがな | |
| | 氏　名 | |
| | 生年月日 | 大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳） |
| 希望する予防接種 | | インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌・新型コロナウイルス・帯状疱疹 |
| 免除の理由<br>該当する区分に○印を付けてください。 | | （　　）生活保護受給世帯<br>（　　）中国残留邦人等支援給付受給世帯 |
| 申請に当たり、市がこの申請内容について必要な情報を確認することに同意します。 | | |

| | |
|---|---|
| ※委任 | 申請者が本人又は同居の親族以外の場合は、以下を記入してください。<br>私は、次の者を代理人と定め、受診料免除申請に係る権限を委任します。<br>免除を受ける人　氏　名……㊞<br>代理人　住　所……<br>氏　名…… |

●東近江市以外で生活保護又は支援給付を受給している人（世帯）は、そのことを証明できる書類を提示又は添付してください。

●申請に来られる人は、本人確認ができる次の書類を持参してください。
（運転免許証、パスポート、マイナンバーカード等）

| 接種予定地 |
|---|
| |

| 提示確認 | |
|---|---|

| 健康推進課（保健センター）記入欄 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 本人確認 | 運転免許証　パスポート　マイナンバーカード　その他（　　） | | | | |
| 宛名番号 | | 確認者 | | | |
| 審査対象 | 審査確認（確認者） | | | | 審査結果 |
| 生活保護<br>支援給付 | 確認日　　年　　月　　日 | | 生活福祉課<br>支　　所 | | 該　当<br>・<br>非該当 |