様式第２号（第７条及び第８条関係）

年　　　月　　　日

高萩市長　宛て

住所

申請者　　氏名

続柄

電話

個人負担免除券・~~住所地外定期予防接種券~~交付申請書

下記のとおり　個人負担免除券・住所地外予防接種券　の交付を申請します。

記

１　被接種者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 電話番号 |
| 氏名 |  | 男・女 | 年　 月 　 日（　　歳） |  |
| 住所 | 高萩市 | | | |

２　予防接種の種類（希望する項目に○を付けてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | インフルエンザ（生活保護被保護者） | 公費負担額：予防接種に要する額（１回につき） |
|  | 新型コロナウイルス（生活保護被保護者） | 公費負担額：予防接種に要する額（１回につき） |
|  | 高齢者肺炎球菌（生活保護被保護者） | 公費負担額：予防接種に要する額（１回のみ） |
|  | 帯状疱疹（生活保護被保護者・ビケン） | 公負負担額：予防接種に要する額（１回のみ） |
|  | 帯状疱疹（生活保護被保護者・シングリックス） | 公費負担額：予防接種に要する額（１回につき） |
|  | ~~インフルエンザ~~ | ~~公費負担額：２，１００円（１回につき）~~ |
|  | ~~新型コロナウイルス~~ | ~~公費負担額：７，５００円（１回につき）~~ |
|  | ~~高齢者肺炎球菌~~ | ~~公費負担額：３，２００円（１回のみ）~~ |
|  | ~~帯状疱疹（ビケン）~~ | ~~公費負担額：４，０００円（１回のみ）~~ |
|  | ~~帯状疱疹（シングリックス）~~ | ~~公費負担額：１０，０００円（１回につき）~~ |

３　接種医療機関

職員記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 申請方法 | 窓口・電話・その他 |
| 2 | 住民登録の確認 |  |
| 3 | 接種歴（助成歴）の有無の確認 |  |
| 4 | 予診票交付日 |  |