

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 高萩市春日町 3-10
申請者 氏名 高萩 太郎
続柄 本人
電話 24-2121

個人負担免除券・住所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・住所外定期予防接種券 の交付を申請します。

記

1 被接種者

フリガナ	タカハギ タロウ	性別	生年月日	電話番号
氏名	高萩 太郎	男・女	昭和 33 年 1 月 1 日 (67 歳)	24-2121
住所	高萩市 春日町 3-10			

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）
	带状疱疹（生活保護被保護者・ビケン）	公費負担額：予防接種に要する額（1 回のみ）
	带状疱疹（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, 1 0 0 円（1 回につき）
	新型コロナウイルス	公費負担額：7, 5 0 0 円（1 回につき）
	高齢者肺炎球菌	公費負担額：3, 2 0 0 円（1 回のみ）
	带状疱疹（ビケン）	公費負担額：4, 0 0 0 円（1 回のみ）
	带状疱疹（シングリックス）	公費負担額：1 0, 0 0 0 円（1 回につき）

3 接種医療機関

〇〇クリニック（△△市）

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	

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 高萩市春日町 3-10
申請者 氏名 高萩 太郎
続柄 子
電話 24-2121

個人負担免除券・住所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・住所外定期予防接種券 の交付を申請します。

記

1 被接種者

フリガナ	タカハギ ハナコ	性別	生年月日	電話番号
氏名	高萩 花子	男・女	昭和 15 年 2 月 2 日（85 歳）	23-1111
住所	高萩市 本町 1-100-1			

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）
	带状疱疹（生活保護被保護者・ビケン）	公費負担額：予防接種に要する額（1 回のみ）
	带状疱疹（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, 1 0 0 円（1 回につき）
	新型コロナウイルス	公費負担額：7, 5 0 0 円（1 回につき）
	高齢者肺炎球菌	公費負担額：3, 2 0 0 円（1 回のみ）
	带状疱疹（ビケン）	公費負担額：4, 0 0 0 円（1 回のみ）
	带状疱疹（シングリックス）	公費負担額：1 0, 0 0 0 円（1 回につき）

3 接種医療機関

××医院

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	

