

## 予防接種費用免除申請書

(申請日) 年 月 日

(あて先) 広陵町長殿

(申請者)氏名

下記の者について、予防接種実費負担に係る費用の免除を申請します。なお、所得状況の確認について、申請者に係る世帯員の税情報の閲覧について同意します。

※ご本人以外の方が申請する場合は、**委任状**が必要です。

※申請の際には**身分証明書の提示**が必要です。

被接種者 氏名	ふりがな	生 年 月 日
	氏名	年 月 日 ( 歳)
住 所	広陵町	
電 話 番 号		
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 非課税 R6年1月1日の住所：広陵町・その他( )※1	
	<input type="checkbox"/> 生活保護 生活保護受給証明書の提出が必要となります。	
接 種 種 別	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌予防接種 ・ <input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 ・ <input type="checkbox"/> 新型コロナ予防接種	
接 種 機 関	( 広陵町内 ・ 市町村 ) 接種予定 ・ 接種済	

※1 R6年1月1日の住所が広陵町以外の場合、非課税世帯であることを証明する書類(課税証明書等)を添付してください。

【被接種者以外の世帯員】

氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_

〈還付申請の場合は、以下にご記入ください。〉

支 払 機 関 名		預 金 種 別	口 座 番 号			
銀行	支店	・普通(総合) ・当座 ・その他( )				
	店番	フリガナ				
農協		口座名義人				

※ 職員記入欄

身分確認	【窓口来所者】 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他(関係 ) ※本人以外は委任状が必要となる。 【身分確認書類】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> その他( )		受付印          確認者  ■
	判定	該当 ( 非課税 ・ 生保 )      非該当 ( 課税 ・ 未申告 )	
交付	整理番号 No.		
還付	円		