

令和 年 月 日

茨城町長 様

住 所 茨城町
氏 名 性別
生年月日 年 月 日 (歳)
申請者名 続柄 ()
電話番号 ()

茨城町インフルエンザ予防接種個人負担金免除申請書

茨城町インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記の理由により申請いたします。なお、インフルエンザ予防接種個人負担の免除決定に必要な私及び私と同一世帯に属する者の町民税などに関する情報を調査することについて承諾します。

記

申請理由

- 1 町民税非課税世帯に属している
- 2 生活保護世帯に属している

※以下の欄は記入しないでください。

受付日	令和 年 月 日
確認事項	<input type="checkbox"/> 予防接種費用助成期間において満1歳に至る者から中学3年生までの乳児、幼児、児童及び生徒 <input type="checkbox"/> 予防接種の日の年齢満65歳以上 (※) <input type="checkbox"/> 予防接種の日の年齢満60歳以上満65歳未満 (心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身近の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者) (※)
決 定	<input type="checkbox"/> 交付する <input type="checkbox"/> 交付しない(理由)

※満年齢のため誕生日以前の方に交付する場合は、誕生日以降に接種するよう必ず説明すること。

※インフルエンザの接種期間：10月1日から1月31日まで

【職員確認欄】 システム 交付前チェック 交付者サイン

