

インフルエンザ予防接種負担金免除申請書

令和 年 月 日

日立市長 殿

次のとおり、インフルエンザ予防接種負担金の免除を申請します。

なお、インフルエンザ予防接種の負担金免除の決定のために必要があるときには、私及び同一世帯全員の生活保護受給内容について確認することに同意します。

| | | |
|---|----------------------------------|-------------|
| (フリガナ) 申請者氏名 | 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) | |
| 住所 日立市 町 | | |
| 電話番号 | | |
| 接種を希望するかた (同一住所の者に限る) ※申請者も接種を希望する場合は記入 | 生年月日 | 申請者との 続柄 |
| (フリガナ) 氏 名 | 大・昭・平・令 年 月 日 | |
| (フリガナ) 氏 名 | 大・昭・平・令 年 月 日 | |
| (フリガナ) 氏 名 | 大・昭・平・令 年 月 日 | |
| (フリガナ) 氏 名 | 大・昭・平・令 年 月 日 | |
| (フリガナ) 氏 名 | 大・昭・平・令 年 月 日 | |
| 免除となる理由 | 生活保護を受給しているため | |

太枠内をご記入ください。

※日立市外の医療機関での接種を希望するかたは、必ず裏面にご記入ください。

日立市外の医療機関で接種を希望する場合は、下記にご記入ください。

● 65歳以上のかたと60歳から64歳までの医師が基準に該当すると認めたかた（定期接種対象者）のみが、市外での接種時に助成を受けることができます。

| 接種を希望する病院名 | 病院の所在地 |
|------------|--------|
| | 茨城県 |

※【市処理欄】 この欄は記入しないでください。

| 免除券発行 | 受給状況確認 | 受付 |
|-------|--------|-----------------------------|
| | | 健康・社・市民・ 多・南・豊・高・ 西・十 |