

定期予防接種（B類）

自己負担金免除申請書・同意書

出雲市長 様

私は自己負担金免除要件に該当しますので、定期予防接種（B類）自己負担金の免除を申請します。

つきましては、私及び私の世帯員が接種日現在、生活保護世帯であるかどうかについて、貴市福祉担当課に調査を求めることに同意します。

接種するワクチン ①インフルエンザワクチン

②新型コロナワクチン

令和 年 月 日

郵便番号 _____

住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

自署できない場合

代筆者署名 _____ 続柄（ ）

代筆者の住所 _____

電話番号 _____

定期予防接種（B類）自己負担金免除要件

以下の要件に該当する方は自己負担金（実費）インフルエンザワクチン2,000円、新型コロナワクチン6,000円が免除されます。

裏面の同意書により、対象になるかどうかを確認させていただきます。

（対象とならない場合は、後日請求させていただきます。）

自己負担金免除要件

予防接種を受けられる方およびその世帯員が接種日現在、生活保護法による被保護世帯に属する場合

記入例

定期予防接種（B類） 自己負担金免除申請書・同意書

出雲市長 様

私は自己負担金免除要件に該当しますので、定期予防接種（B類）自己負担金の免除を申請します。

つきましては、私及び私の世帯員が接種日現在、
ついて、貴市福祉担当課に調査を求めることに同意

該当するワクチンに○をしてください。

（同時接種の場合は両方に○をしてください。）

接種するワクチン

①インフルエンザワクチン

②新型コロナワクチン

接種する日を記入してください

令和 7年 10月 1日

郵便番号 693-0001

住 所 出雲市今市町70番地

ふりがな いずも たろう

氏 名 出雲 太郎

生年月日 昭和35年 6月 15日

電話番号 21-6829

自署できない場合

代筆者署名

続柄 ()

代筆者の住所

電話番号

自署できない場合は
代筆者が記入