

高齢者带状疱疹予防接種 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、高齢者带状疱疹予防接種自己負担金の免除を申請します。

つきましては、私およ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。

令和 年 月 日

郵便番号 _____

住 所 _____

ふりがな
氏 名 _____

生年月日 _____

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 _____

高齢者带状疱疹予防接種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（生ワクチンの場合4,000円、組換えワクチンの場合9,000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。）

※組換えワクチンの場合は、2回の接種それぞれで提出が必要です。

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

高齢者带状疱疹予防接種 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、高齢者带状疱疹予防接種自己負担金の免除を申請します。

つきましては、私およ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。

令和 年 月 日

注射を受ける日を記入してください

郵便番号 _____

住 所 _____

ふりがな

氏 名 _____

生年月日 _____

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 _____

自署できない場合は
代筆者が記入。