

- 集団接種
- 個別接種
- 愛知県広域
- その他

岩倉市インフルエンザ予防接種費用免除申請書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申 請 者

住 所 岩倉市

氏 名 (続柄)

電話番号

岩倉市インフルエンザ予防接種費用徴収要綱第5条第2項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

予防接種を受ける者の氏名 及び個人番号	生 年 月 日	免 除 理 由
個人番号 ()	大正・昭和 年 月 日	生活保護 市民税非課税 中国残留邦人
個人番号 ()	大正・昭和 年 月 日	生活保護 市民税非課税 中国残留邦人

同 意 書

岩倉市インフルエンザ予防接種費用徴収要綱第2条及び第5条に該当していることを確認するため、被接種者及びその世帯の課税状況並びに住民基本台帳等の調査、照会及び閲覧について同意します。

申請者氏名 _____

インフルエンザ予防接種費用免除申請をするのは、今年度初めてですか (はい・いいえ)