

様式第 1 （第 6 条関係）

岩倉市予防接種費用免除申請書

年 月 日

岩倉市長 殿

申 請 者
住 所
氏 名 (続柄)
電話番号

岩倉市予防接種費用徴収要綱第 6 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	予防接種名	免除理由
個人番号 ()	大正・昭和 年 月 日	☐ インフルエンザ	第 6 条第 1 項 ☐ 第 1 号（生活保護） ☐ 第 2 号（市民税非課税） ☐ 第 3 号（中国残留邦人） に該当
		☐ 高齢者肺炎球菌感染症	
		☐ 新型コロナウイルス感染症	
		☐ 帯状疱疹 ☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン ☐ 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (1 回目・2 回目)	
個人番号 ()	大正・昭和 年 月 日	☐ インフルエンザ	第 6 条第 1 項 ☐ 第 1 号（生活保護） ☐ 第 2 号（市民税非課税） ☐ 第 3 号（中国残留邦人） に該当
		☐ 高齢者肺炎球菌感染症	
		☐ 新型コロナウイルス感染症	
		☐ 帯状疱疹 ☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン ☐ 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (1 回目・2 回目)	

同 意 書

岩倉市予防接種費用徴収要綱第 3 条及び第 6 条に該当していることを確認するため、
予防接種を受ける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 _____