

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	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	第 6 条第 1 項 <input type="checkbox"/> 第 1 号 (生活保護) <input type="checkbox"/> 第 2 号 (市民税非課税) <input type="checkbox"/> 第 3 号 (中国残留邦人) に該当
		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌感染症	
		<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	
		<input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン (1 回目・2 回目)	
個人番号 ( )	大正・昭和 年 月 日	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	第 6 条第 1 項 <input type="checkbox"/> 第 1 号 (生活保護) <input type="checkbox"/> 第 2 号 (市民税非課税) <input type="checkbox"/> 第 3 号 (中国残留邦人) に該当
		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌感染症	
		<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	
		<input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン (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 \_\_\_\_\_

## 岩倉市予防接種費用免除券

予 防 接 種 名	
交 付 年 月 日	年 月 日
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	
免 除 額	自己負担額 円免除
有 効 期 限	年 月 日

岩 倉 市 長

様式第3 (第6条関係)

岩倉市予防接種費用償還払申請書

年 月 日

岩倉市長 殿

申請者 (請求者)

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5項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

予防接種を受けた者の氏名及び個人番号	生年月日	予防接種名	自己負担額	免除理由
個人番号 ( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	円	第6条第1項 <input type="checkbox"/> 第1号 (生活保護) <input type="checkbox"/> 第2号 (市民税非課税) <input type="checkbox"/> 第3号 (中国残留邦人) に該当
		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌感染症	円	
		<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	円	
		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (1回目・2回目)	円	
個人番号 ( )	年 月 日	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	円	第6条第1項 <input type="checkbox"/> 第1号 (生活保護) <input type="checkbox"/> 第2号 (市民税非課税) <input type="checkbox"/> 第3号 (中国残留邦人) に該当
		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌感染症	円	
		<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	円	
		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン <input type="checkbox"/> 乾燥組換え帯状疱疹ワクチン (1回目・2回目)	円	

上記のとおり請求します。

振込先金融機関名	預金種類	口座番号	口座名義
支店			(フリガナ)

※添付書類 予防接種に係る領収書 接種済証 (写)

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、予防接種を受けた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 \_\_\_\_\_