

**高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症
接種費用一部負担金免除申請書**

No.	被接種者氏名	生 年 月 日	性別	種類 希望するものに☑チェック
1		大・昭 年 月 日	男・女	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス
2		大・昭 年 月 日	男・女	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス
3		大・昭 年 月 日	男・女	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス

世帯主氏名	
住 所	富士見町
電 話	
減免申請理由	生活保護世帯 ・ 市町村民税非課税世帯

富 士 見 町 長 様

高齢者インフルエンザ予防接種及び新型コロナウイルス感染症予防接種に係る
費用の一部負担額の免除を申請します。
また、費用負担額の決定のため、私及び私の属する世帯の課税資料等について、
閲覧することに同意いたします。

令和 年 月 日

申請者 住所 富士見町 _____

氏名 _____

申請者が自署できない場合の代筆者及び申請・受領の代理人

住所 _____

氏名 _____ 続柄() _____

※町記入欄

交 付 年 月 日	令和 年 月 日		
インフルエンザ	No.1	No.2	No.3
コロナウイルス	No.1	No.2	No.3
来所者	本人 ・ 家族() ・ 施設職員 ・ その他()		