

第2号様式（第9条関係）

知多市風しんワクチン接種自己負担金免除申請書

年 月 日

知 多 市 長 様

申 請 者 住 所
氏 名
電 話 番 号

風しんワクチン接種自己負担金の免除を受けたいので、知多市風しんワクチン接種事業実施要領第9条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、免除の決定に際し、必要な関係書類を閲覧することに同意します。

接 種 希 望 者	夫	氏 名	
		生年月日	年 月 日
	妻	氏 名	
		生年月日	年 月 日
世帯の状況		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯です。	
		<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯です。	
接種予定医療機関名			
接種医療機関名			