

入院・入所施設用

**大竹市インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種
自己負担額免除申請書（入院・入所施設用）**

次のとおり、インフルエンザ・新型コロナウイルスワクチン予防接種に係る自己負担額の免除について、別紙のとおり申請します。

なお、この申請に係る市民税非課税世帯員の確認のため、市が対象者の世帯構成の状況を確認し、市民税課税台帳等を閲覧することについて、及び当施設が大竹市から審査結果の通知又は予防接種券の交付を受けることについて、本人及び世帯員の同意を得ています。

年 月 日

大 竹 市 長 様

（申請者）

住 所

施 設 名

代表者名

電話番号

担当者名

※ 接種予定医療機関名 _____

所在地 県 市

大竹市受付印
（No. 記入）

--