

# 石岡市 予防接種個人負担免除券交付申請書

太枠の中をご記入ください。

受付 NO
-------

被接種者氏名	
住 所	石岡市
生年月日	年 月 日 ( 歳 か月 )
電話番号	

**【同意事項】**

予防接種担当課が、生活保護担当課に生活保護受給者であるかの確認を行うことに同意します。

年 月 日

石岡市長 宛

申請者氏名

( 続柄※ : )

※被接種者と異なる場合は、続柄を記載

申請内容	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 ( 定期 ・ 任意 ) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 ( 定期 ・ 任意 ) *組換えワクチン2回接種の場合は2枚 <input type="checkbox"/> インフルエンザ ( 高齢者 ・ 小児 ) *小児13歳未満は2枚 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス
------	--

受付日	年 月 日	来所者	申請者 他( )	窓口 対応者
確認物	免許証・保険証・マイナンバーカード	健康管理システム確認	<input type="checkbox"/> 住民確認 <input type="checkbox"/> 対象年齢確認 <input type="checkbox"/> 接種歴なし確認	
	母子健康手帳		社会福祉課確認(生保) ※	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
	その他( )			

※他市町村での受給者は受給者証等の写し