

様式第1号(第6条関係)

令和 年 月 日

酒田市長宛

被接種者

住所 酒田市

氏名

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生

### 季節性インフルエンザ予防接種実費減免申請書

次のとおり予防接種の実費を減額され、又は免除されるよう申請します。  
予防接種実費費用減免該当確認のため、生活保護受給状況を確認することについて承諾します。

#### 記

申請理由 生活保護法による保護を受けているため

対象

1. (接種時) 生後6か月～高校3年生まで (R3.4.1時点で満18歳)
2. 妊婦
3. 基礎疾患のあるもの (19歳～60歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に障害がある方で、身体障害者手帳1級相当の方)

あてはまる数字に○をつけてください

接種月日 令和 年 月 日

接種場所

※被接種者と申請者が異なる場合のみ以下に記入。

申請者 住所

氏名 被接種者との続柄