

予防接種費用免除申請書

(あて先) 亀岡市長

令和 年 月 日

亀岡市各種健(検)診および予防接種実施要領(要綱)に基づき、下記のとおりその費用免除の申請をします。

なお、免除対象者であることを確認されることについて同意します。

申請者 (窓口へこられた方)	住所	亀岡市			電話	-	-
	氏名		対象者との関係	(該当に○印) 本人 ・ 家族(親族) ・ 代理人			
対象者 (受けられる方)	住所	亀岡市					
	フリガナ		生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日			満年齢 (歳)
	氏名						
免除対象事項 (該当に○印)	市民税非課税世帯		生活保護世帯		接種予定 医療機関 (該当に○印)	市内 () 市外 () ※ () 内に医療機関名を記入ください	
事業名	◎高齢者インフルエンザ予防接種			◎高齢者用肺炎球菌予防接種			

※右欄は健康増進課で記入します。	No.	担 当	税務課		該当・非該当
			地域福祉課		

【本人確認欄】・・・運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード その他()

委任状

(本人、家族(親族)以外の方が申請する場合、必要です。)

私は、下記の者を代理人として、費用免除申請に係る手続きについて委任します。

本人	住所	亀岡市
	氏名	

代理人	住所	亀岡市
	氏名	

※ 代理人の本人確認ができるもの(運転免許証・健康保険証・マイナンバーカードなど)が必要となります。