

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	電話		
	氏名	対象者との関係	本人・家族・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・平成	
	氏名		年 月 日 満年齢(歳)	
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	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 ◎高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種 ◎新型コロナワクチン予防接種			

※右欄は健康増進課で記入します。

※市民税非課税のみでは、特定健診・生活習慣病健診は無料にはなりません。

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 マイナンバーカード その他()

委任状

(本人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(運転免許証など)が必要となります。