

予防接種実費徴収分免除及び費用免除券交付申請書

記入日 令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

(届出人氏名)

(被接種者との関係性)

本人 ・ 世帯主 ・ 妻 ・ 夫 ・ 子 ・ 施設職員
ケースワーカー ・ その他 ()

(電話番号)

この度、以下の予防接種を受けたいので、予防接種法第28条の規定による実費徴収分(自己負担額)を免除にし、費用免除券を交付していただきたく申請します。

記

予防接種名 (確認事項に☑をして希望する予防接種 すべてに☑をして)	【確認事項】 <input type="checkbox"/> 下記の予防接種を受けるのは 今年度の10月1日以降初めてです。
	【予防接種】 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルスワクチン
被接種者(申請者)氏名	届出人と同じ
住所	寝屋川市
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)
電話番号	届出人と同じ

(職員用事務処理欄)

承認・不承認の別	受付	照合
1 申請書の通り認め、費用免除券を交付する		
2 認めない		

確認事項

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1 被接種者の資格の有無(生活保護受給証明書)を確認 | <input type="checkbox"/> 受付者 | <input type="checkbox"/> 照合者 |
| 2 接種歴及び3情報(氏名・住所・生年月日)をシステムで確認 | <input type="checkbox"/> 受付者 | <input type="checkbox"/> 照合者 |
| 3 交付台帳への入力・照合(システム表示どおりに入力) | <input type="checkbox"/> 受付者 | <input type="checkbox"/> 照合者 |
| 4 費用免除券への交付日・氏名・交付番号の記載・照合 | <input type="checkbox"/> 受付者 | <input type="checkbox"/> 照合者 |
| 5 65歳未満の場合、障害者手帳のコピーを申請書に添付 | <input type="checkbox"/> 受付者 | <input type="checkbox"/> 照合者 |

交付年月日	令和 年 月 日	交付番号	インフル	コロナ