

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

申請者 住 所 〒

氏 名

電話番号

被接種者との関係 本人・妻・夫・子

ケアマネージャー※・施設職員※

(※事業所名：)

この度、以下の予防接種を受けたいので、予防接種法第52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。

なお、寝屋川市が費用免除券を交付するに必要な生活保護受給及び住民基本台帳に関する情報を確認することに同意します。

(以下、レ点チェック又は記入してください。)

確認事項	☐ 以下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。
ワクチン種別	☐ 高齢者インフルエンザワクチン ☐ 高齢者新型コロナウイルスワクチン
被接種者 氏名	☐ 申請者と同じ ・ ☐ ()
住 所	☐ 申請者と同じ ・ ☐ (〒)
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)
電話番号	☐ 申請者と同じ ・ ☐ ()

(職員用事務処理欄)		
承認・不承認の別	受付者	照合者
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	☐ 受付者	☐ 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	☐ 受付者	☐ 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)	☐ 受付者	☐ 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	☐ 受付者	☐ 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	☐ 受付者	☐ 照合者

交付 年月日	令和 年 月 日	交付 番号	インフル	コロナ	(受付印)
☐ 窓口 ☐ 郵送 (月 日着 ・ 月 日発送)					