

**東神楽町高齢者等の定期予防接種  
(インフルエンザ及び新型コロナワクチン)  
自己負担免除申請書**

被 接 種 者	住所	東神楽町	TEL	—
	氏名	フリガナ	生年月日	
		-----	年	月
	フリガナ	フリガナ	生年月日	
		-----	年	月
	フリガナ	フリガナ	生年月日	
		-----	年	月
フリガナ	フリガナ	生年月日		
	-----	年	月	日生

医 療 機 関 接 種 を 希 望 す る	住所	
	医療機関名	
	接種予定年月日	令和      年      月      日

上記のとおり予防接種法による高齢者等の定期予防接種（インフルエンザ及び新型コロナワクチン）の自己負担額の免除を申請します。

令和      年      月      日

東 神 楽 町 長      様

申 請 者

住 所      東神楽町

氏 名

印

続柄（                      ）