

定期予防接種自己負担金免除対象者
確 認 申 請 書 兼 同 意 書

(宛先) 川崎市長

年 月 日

定期予防接種自己負担金の免除対象者であることの確認について申請します。また、確認に必要とする対象者及びその属する世帯員すべての市・県民税の課税状況等について調査することに同意します。

申請者	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
	住 所	川崎市 区	
	電話番号		
	予防接種を受ける者との続柄		※同居の親族以外の場合は、委任状が必要です。

対象者 (接種を受ける方)	フリガナ		
	氏 名	同上	
	住 所	川崎市 区	同上
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	同上
	電話番号		
希望予防接種名 (チェックしてください※複数可)		☐ 带状疱疹1回目 (生ワクチン又は組換えワクチン) ☐ 带状疱疹2回目 (組換えワクチンのみ)	

----- 以下は記載しないでください -----

【処理欄】

担 当	係 長	課 長	結 果
			該 当
			非該当
			不 明

受付印