

免 除



帯 状 疱 疹
予 防 接 種 費 用 免 除 申 請 書

令和 年 月 日

池田市長 様

池田市予防接種事業実施要綱に基づき、以下のとおり予防接種費用の免除を申請します。
なお、申請にあたり、子ども・健康部 健康増進課が予防接種法第28条に基づく実費の徴収の決定に関する事務手続を処理するために限って、私及び私の同世帯の地方税関係情報を取得することに同意します。

申請者氏名	
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)
住 所	池田市
電 話 番 号	
予防接種の種類	☐ 帯状疱疹
使用するワクチンの種類	☐ 生ワクチン ☐ 不活化（組換え）ワクチン（1・2回目） ☐ 不活化（組換え）ワクチン（2回目）
接種医療機関	

※ 申請手続きを代理人に委任する場合は、下記委任状の記入をお願いします。

委 任 状

私は下記の者を代理人と定め、上記の予防接種費用の免除申請に係る権限を委任します。

代理人氏名	
代理人住所	
代理人電話番号	本人との続柄

市記入欄	申請者	☐ 本人確認(1点)	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証/経歴証 ☐ パスポート
		☐ 本人確認(2点)	☐ 身体/精神障害者手帳 ☐ 写真付住基カード ☐ 在留カード
	代理人	☐ 本人確認(1点)	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証/経歴証 ☐ パスポート
		☐ 本人確認(2点)	☐ 身体/精神障害者手帳 ☐ 写真付住基カード ☐ 在留カード

決 裁	課 長	係 員	免除区分	調査日	発行者	発行方法	確認者	費 用 免 除
			☐ 生活保護世帯	/	㊞	☒ 手交 ☐ 郵送	㊞	
			☐ 市民税非課税世帯					
			☐ 中国残留邦人等(証明)					