

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

五霞町長 様

申請者

住所 五霞町

氏名

五霞町高齢者等予防接種個人負担免除券交付申請書

予防接種を受けるに当たり，個人負担免除券を交付されたく，五霞町高齢者等予防接種費用助成事業実施要綱（令和 6 年五霞町告示第 18 号）第 4 条第 1 項の規定により，下記のとおり申請します。

記

氏 名		性別	男 ・ 女
住 所	五霞町		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）		
種 類	インフルエンザ 成人用肺炎球菌感染症 新型コロナウイルス感染症 *希望するものに○をしてください。		
接種予定日	年 月 日		

町使用欄

確認： ☐住基 ☐生活保護世帯

交付番号：