

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 帯状疱疹 *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：