

保健事業実費徴収金免除申請書

下記項目の実費徴収金を免除して下さるよう申請します。
なお、本申請書に基づき、関係機関において母子・父子家庭医療費受給者及び生活保護世帯の確認がなされることに同意します。

令和 年 月 日

蟹江町長 様

申請者 住 所

氏 名

記

証明書番号	第 号
免 除 項 目	() が ん 検 診 ・ 肝 炎 検 査 高 齢 者 イ ン フ ル エ ン ザ 予 防 接 種 ・ 高 齢 者 肺 炎 球 菌 予 防 接 種
住 所	申請者に同じ
氏 名	申請者に同じ
生 年 月 日	大正 年 月 日生 (歳) 昭和 平成
電 話 番 号	— —
有 効 期 限	年 月 日 ～ 年 月 日

※受診機関： 集団 ・ 個別（医療機関名 ）