

様式第1（第4条関係）

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くだ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<br>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<br>新型コロナウイルス感染症予防接種<br>带状疱疹予防接種（生水痘ワクチン【1回】・組換えワクチン【2回】） |
| 住      所 |                                                                                                                                                      |
| 氏      名 |                                                                                                                                                      |
| 生年月日     | 大正                                  年                  月                  日生（                  歳）<br>昭和<br>平成                                        |
| 電話番号     | —                                  —                                                                                                                 |
| 有効期間     | 令和      年      月      日    ～    令和      年      月      日                                                                                              |

※受診機関：    集団    ・    個別（医療機関名                                                  ）