

高年齢者等定期(B類疾病)予防接種自己負担額免除券の交付申請書

令和 年 月 日

比布町長 様

申請者 住 所 比布町 線 号
比布町 町 丁目 番 号

氏 名 _____

電話番号 _____

※日中連絡のとれる連絡先をご記入ください。

高年齢者等定期(B類疾病)予防接種自己負担額免除券の交付について、次のとおり申請します。

交付を希望する予防接種	交付希望者の氏名	生年月日	年齢
・肺炎球菌 ・带状疱疹		明・大・昭 年 月 日	歳

※交付を希望するどちらか片方、または両方を○で囲んでください。

同意欄

私は、高年齢者等定期(B類疾病)予防接種自己負担額免除券の交付に係る申請に関して、比布町が住民情報等について担当係へ照会することに同意します。

年 月 日

氏 名

Ⓔ

* 行政機関等において事務に必要なかつ相当な理由があると認められるときには、こちらの情報を利用・提供することがあります。

受付	確認	発行