

带状疱疹予防接種自己負担金の免除について

生活保護受給者で、自己負担金の免除を希望される場合は、下欄を記入し、接種当日に医療機関に提出してください。

- ・ 1 人につき 1 枚提出してください。
- ・ 提出がない場合は、自己負担金の免除ができません。
- ・ 後日の申請は受け付けませんので、必ず予防接種時に提出してください。
- ・ 生活保護受給者証の提出は不要です。

自己負担金免除申請書

私は、生活保護受給者のため带状疱疹予防接種の自己負担金の免除を申請します。なお、相違があった場合は自己負担金を支払います。

年 月 日

豊岡市長様

住 所 豊岡市

氏 名 _____

生年月日 大正・昭和 年 月 日

代理人氏名 _____ (続柄 _____)

※申請者が代理人（家族のみ可）の場合は、代理人氏名及び続柄も記入してください。