様式第３号（第８条関係）

高齢者新型コロナワクチン接種費用免除申請書

年　　月　　日

大子町長　　　様

申請者　住　所

氏　名

接種者との関係（　　　　　　　）

電話番号

大子町新型コロナワクチン接種実施要綱第８条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種者 | 住　　所 |  | |
| フリガナ |  | |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） | |
| 保護者 | 氏名 |  | |
| 希望する予防接種 | | □　新型コロナワクチン | |
| 接種希望する医療機関 | |  | |
| 申請に係る添付書類 | | □　生活保護受給者証の写し  □　身体障害者手帳の写し  　□　療育手帳の写し  　□　精神保健福祉手帳の写し  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | | | |
| 同意書  私は，新型コロナワクチン接種の申請に当たり、私の住民基本台帳その他助成金の交付決定事務に必要な情報等を、担当課職員が閲覧及び照会することに同意します。 | | | |
| 年　　月　　日 | | |  |
|  | | | 接種者氏名 |
|  | | | 後見人等氏名  ※接種者が未成年の場合は，後見人等の氏名欄に保護者の氏名を記入すること。 |
| 大子町長　　　様 | | |  |