様式第６(第８条関係)

設楽町新型コロナワクチン接種費用免除申請書兼関係資料等閲覧承諾書

年　　月　　日

設楽町長　様

申請者

住　所　設楽町

氏　名

生年月日

電話番号

　設楽町新型コロナワクチン接種費用助成事業実施要綱第８条第２項の規定により、設楽町新型コロナワクチン接種費用の免除を申請します。なお、接種費用免除の決定にあたり、設楽町関係職員が私の世帯の生活保護受給状況について照会することを承諾します。

記

1　免除申請する予防接種

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 | 接種費用 | 接種予定日 | 接種医療機関 |
| 新型コロナワクチン接種 | 円 | 年　　月　　日 |  |

2　免除申請額　　　　　　　円

3　免除申請理由 （　　）生活保護法により保護を受けている世帯に属する者

（　　）その他の理由

　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）