

申請日 令和 年 月 日

大和高田市長 宛

大和高田市高齢者定期接種(自己負担金免除・市外接種)申請書・3人以上用

大和高田市予防接種事業実施要綱の規定により、大和高田市長が実施する定期接種を市内で接種することが困難であるため、別添の被接種者名簿及び本人確認書類を添えて、定期接種依頼書の発行を次のとおり申請します。また自己負担金の免除申請も併せて申請します。なお自己負担金の免除の申請に係る審査に必要な範囲内において、本市職員が課税状況及び生活保護受給の有無を確認する為に本市が保有する関係公募等を閲覧することに同意します。

※氏名は申請者本人が署名してください。ただし、健康状態等により本人による署名が困難である場合には、本人の意思を確認したうえでの記名(代筆者による代筆、パソコン上で様式に入力しての印刷等)を行うことができます。

申請者(被接種者①)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者②)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者③)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者④)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑤)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑥)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑦)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑧)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑨)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑩)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑪)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑫)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑬)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑭)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑮)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑯)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑰)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑱)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑲)氏名		(代筆者氏名)※
申請者(被接種者⑳)氏名		(代筆者氏名)※

※申請者(被接種者)①～⑳が同一の住所に居住しており、申請者(被接種者)個別に連絡確認等を行う事が適当ではない場合には、以下のとおり連絡先を指定することができます。

代表連絡先 (氏名又は名称)

(電話番号)