

予防接種費用免除兼償還金申請書

(申請日) 年 月 日

(あて先) 広 陵 町 長 殿

(申請者)氏名

下記の者について、予防接種実費負担に係る費用の免除を申請します。なお、所得状況の確認について、申請者に係る世帯員の税情報の閲覧について同意します。

※ご本人以外の方が申請する場合は、**委任状**が必要です。

※申請の際には**本人確認書類**の提示が必要です。

被接種者 氏名	ふりがな	生 年 月 日
	氏名	年 月 日 (歳)
住 所	広陵町	
電 話 番 号		
申 請 理 由	☐ 非 課 税	年1月1日の住所 : 広陵町 ・ その他 ()※1
	☐ 生活保護	生活保護受給証明書の提出が必要となります。
接 種 種 別		
接 種 機 関	(広陵町内 ・ 市町村)	接種予定 ・ 接種済

※1 年1月1日の住所が広陵町以外の場合、非課税世帯であることを証明する書類(課税証明書等)を添付してください。

【被接種者以外の世帯員】

氏名 氏名 氏名

〈償還払申請の場合は、以下にご記入ください。〉

金 融 機 関		預 金 種 別	口 座 番 号					
銀行	支店	・普通(総合) ・当座 ・その他()						
	店 番	フリガナ						
農協		口座名義人						

※ 職員記入欄

本人確認	【窓口来所者】 ☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他(関係) ※本人以外は委任状が必要となる。 【身分確認書類】 ☐ 運転免許証 ☐ 保険証 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 年金手帳 ☐ 個人番号カード ☐ その他()		受付印
	判定	該当 非該当 (非課税 ・ 生保) (課税 ・ 未申告)	
交付	整理番号 No.		確認者
還付	円		■