

令和8年度 带状疱疹予防接種費用の一部負担額減免申請書

岡谷市長 殿

带状疱疹予防接種に係る費用の一部負担額の減免を申請します。

また、費用負担額の決定のため、私及び私の属する世帯の課税資料等について、岡谷市の担当職員が閲覧することに同意いたします。

令和 年 月 日

申請者氏名(予防接種を受ける方)	免除を希望するワクチン	生年月日	年齢
	<input type="checkbox"/> 生ワクチン【ビケン】 <input type="checkbox"/> 組換えワクチン【シングリックス2枚】	大正 年 月 日 昭和	
(接種を希望する他の世帯員)			
	<input type="checkbox"/> 生ワクチン【ビケン】 <input type="checkbox"/> 組換えワクチン【シングリックス2枚】	大正 年 月 日 昭和	
(接種を希望する他の世帯員)			
	<input type="checkbox"/> 生ワクチン【ビケン】 <input type="checkbox"/> 組換えワクチン【シングリックス2枚】	大正 年 月 日 昭和	
住 所	岡谷市		減免申請理由
電話番号			市町村民税非課税世帯

窓口に来た方

※本人来庁又は委任状持参の場合は記入不要

氏 名		予防接種を受ける方との続柄	
-----	--	---------------	--

(本人確認: 免許証 ・ マイナンバー ・ その他)

※市町村記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	No. _____
		受付 _____