

任意予防接種自己負担金免除券申請書

年 月 日

つくばみらい市長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
続 柄
電話番号

任意予防接種自己負担金免除券の交付を受けたいので、つくばみらい市任意予防接種費用の助成に関する要綱第8条第2項の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、申請にあたり、住民基本台帳を確認すること及び世帯の課税状況を確認することについて同意します。

ワクチン名	
-------	--

住 所		
ふりがな		男 ・ 女
接種者氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	