

湖南市長あて

生年月日：T・S 年 月 日

なお、この免除申請の審査を目的として必要な個人情報を収集されることに同意します。

1. 免除を希望する種類及び金額 ※該当の予防接種に○をしてください。

	予防接種の種類	免除額	主な対象者
	高齢者インフルエンザ	2, 0 0 0 円	接種日に
	新型コロナウイルス	4, 5 0 0 円	65 歳以上の人
	成人用肺炎球菌	2, 5 0 0 円	接種日に 65 歳の人
	帯状疱疹（生ワクチン）	2, 5 0 0 円	年度内に 65 歳の
	帯状疱疹（組換えワクチン）	6, 5 0 0 円／回	年齢を迎える人

※帯状疱疹予防接種の対象者は、令和7年度から令和11年度の期間は、年度内に70歳・75歳・80歳・85歳・90歳・95歳・100歳になる人等が含まれます。

2. 免除理由 ※該当理由に○をしてください。

	生活保護世帯のため
	世帯非課税のため

3. 予防接種を希望する医療機関に✓を付けてください。

☐ 湖南省 指定医療機関

□滋賀県（ 市・町）医療機関名：

※湖南省外で接種する場合は市町名・医療機関名を記入してください。

4. 決定通知送付先（申請者住所と異なる場合）