

自己負担金免除申請書

湖南省長あて

申請者（被接種者） 住 所：湖南省
電話番号：
氏 名：
生年月日：T・S 年 月 日

予防接種法第 28 条及び湖南省定期予防接種における実費徴収免除の取扱規定第 3 条第 1 項の規定により、接種における自己負担金を免除されるよう申請します。

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。

記

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	2,000円	接種日に 65歳以上の人
	新型コロナウイルス	4,500円	
	成人用肺炎球菌	3,500円	接種日に 65歳の人
	带状疱疹（生ワクチン）	2,500円	年度内に 65歳の 年齢を迎える人
	带状疱疹（組換えワクチン）	6,500円/回	

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 ※課税基準日である 1 月 1 日現在の同一世帯全員が市民税非課税又は減免された者をいいます。

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）

〒