

年 月 日

自己負担金免除申請書

湖南省長あて

(申請者) 住 所

電話番号

氏 名

生年月日

年

月

日

予防接種法第 24 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。

	高齢者インフルエンザ	2, 0 0 0 円
	成人用肺炎球菌	2, 5 0 0 円

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指定医療機関名

4. 決定通知送付先 (申請者住所と異なる場合)
