

様式第 1 号

福崎町予防接種料免除申請書

年 月 日

福崎町長 様

申請者

住 所 神崎郡福崎町

氏 名

(TEL)

福崎町予防接種料の免除を、予防接種徴収要綱第 4 条第 2 項の規定により下記のとおり申請します。また、税務関連資料の調査に同意します。

対象者	住所	神崎郡福崎町 TEL		
	氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
種類	高齢者帯状疱疹			
理由	該当に○をつけてください 1. 生活保護世帯の者 2. 町民税非課税世帯の者			