

様式第1号

予防接種自己負担金免除証明書交付申請書

年 月 日

高 知 市 長 様

住 所

申 請 者 氏 名

続 柄

電 話 ()

高知市予防接種自己負担金免除取扱要綱第3条の規定により、下記の者の自己負担金免除証明書の交付を申請します。

記

(交付を希望する予防接種の種類)

- ☐ インフルエンザ予防接種
- ☐ 高齢者肺炎球菌感染症予防接種
- ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種
- ☐ 帯状疱疹予防接種

(交付を希望する者)

住 所 高知市
(住民登録地)

氏 名

生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日

決 裁	担 当	係 長	課長補佐	課 長
年 月 日				