

年 月 日

健(検)診・予防接種自己負担金免除申請書

近江八幡市長 様

申請者

氏名

印

健(検)診・予防接種名	
健(検)診・予防接種を受ける者の氏名、個人番号	
世帯主氏名	
生年月日	年 月 日
住所	近江八幡市 町 番地
電話番号	
医療機関名	
健(検)診受診・予防接種予定日	年 月 日
自己負担金免除申請にあたっての資格要件	<input type="checkbox"/> 生活保護法による被保護世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に属する者

※ 生活保護法による被保護者名簿又は市県民税課税状況の公簿の閲覧に関し、その申請権限を健康推進課長に委任します。

※ この予防接種の接種費用助成金の請求及び受領に関して、接種を受けた医療機関に一切の権限を委任します。