（様式第１号）

インフルエンザ・新型コロナワクチン接種料金免除申請書

波佐見町長　様

次のとおりインフルエンザ・新型コロナワクチン接種料金の免除を申請します。また、申請にあたり、私及び私と同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況について調査することに同意します。

T・S・H・R

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  （世帯主） | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日  （　　　　歳） |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | 〒859-37  東彼杵郡波佐見町　　　　　　　郷　　　　　　　番地  (電話番号　　　　　　　　　　　　) | | |
| 申請理由 | | □生活保護世帯 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 同一世帯員記入欄 | |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日  （　　　　歳） |
| 氏　名 |  | |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日  （　　　　歳） |
| 氏　名 |  | |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日  （　　　　歳） |
| 氏　名 |  | |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日  （　　　　歳） |
| 氏　名 |  | |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日  （　　　　歳） |
| 氏　名 |  | |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日  （　　　　歳） |
| 氏　名 |  | |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日  （　　　　歳） |
| 氏　名 |  | |