安城市高齢者帯状疱疹予防接種
個人負担金の決定に関する届出書

安城市長

安城市高齢者帯状疱疹予防接種の個人負担金に関し、次のとおり届け出ます。

なお、届出に当たり、生活保護台帳、市民税課税台帳、中国残留邦人等支援給付台帳その他届出内容の確認に必要な資料を市長が閲覧することについて、同意します。

届出年月日	年　月　日

①届出者（免除を受ける人）	住　所	安城市　　町 （ＴＥＬ）
	ふりがな 氏　名	
	生年月日	年　月　日
②現況 該当するものにレ点を付けてください。		□生活保護受給者である。 □市民税非課税世帯に属している。 □中国残留邦人等支援給付者である。 □その他（　　）

【市事務処理欄】
処　理　日：　　年　月　日　確認者＿＿＿＿＿＿＿＿
宛名番号：
審査結果：　該当　・　非該当（理由　　）
交付方法：　窓口　・　郵送（　　／　　付け）

※予診票兼接種券を一緒に提出してください。

≪問合せ・申請書送付先≫
〒446-0045　安城市横山町下毛賀知 106-1　安城市保健センター　電話：0566-76-1133