様式第１（第２条関係）

定期Ｂ類受託医療機関外接種等申請書兼自己負担金免除申出書

年　　月　　日

犬山市長

申請者　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

接種を受ける人との関係　本人・その他（　　）

接種を受ける本人の場合、記入 ⇒ 生年月日　T・S　　年　　月　　日（年齢＿＿歳）

令和７年度定期接種について（受託医療機関外接種・県広域接種・自己負担金免除）を下記のとおり（申請・申出）します。

記

１　接種を受ける人（申請者・申出者本人の場合は記入不要です）

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　T・S　　年　　月　　日（年齢　　歳）

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

２　予防接種の種類（該当するものに〇をしてください）

インフルエンザ　・　新型コロナウイルス感染症　・　肺炎球菌　・　帯状疱疹

３　接種を受ける医療機関の所在地（該当するものに〇をしてください）

犬山市内　・　犬山市外（ 市外の場合　⇒　愛知県内　・　愛知県外 ）

※市外の場合、次の①～③を記入してください。

①医療機関の所在する市町村名 ＿＿＿＿＿＿　**②医療機関の名称** ＿＿＿＿＿＿＿＿

③上記医療機関で接種する理由（該当するものに〇をしてください）

かかりつけ医のため　・　施設入所　・　その他（　　）

４　自己負担金の免除（該当する項目に☑を記入してください）

□　① 市民税非課税世帯のため、免除対象である　※R6.1.2 以降に犬山市に転入した人は、住民税の非課税証明書の提出が必要

□　② 生活保護世帯のため、免除対象である

□　③ 中国残留邦人等支援給付受給世帯であるため、免除対象である

□　④ 上記の①～③のいずれも該当しない

①②③を選択した人 ⇒ □ 被接種者の世帯全員の課税状況等を調査することに同意します。

〈職員記入欄〉

申請方法			免除				接種			受付者	発行		発行者
窓口	電話	郵送	非課税	生保	残留	なし	市内・管内	広域	県外		郵送	窓口	