様式第１号（第６条関係）

申請日	令和　　年　　月　　日

東海村長　　様

東海村インフルエンザ予防接種費用個人負担免除券交付申請書

【申　請　者】

氏　　名		対象者との続柄	
住　　所			
電　話　番　号			

以下のとおり，インフルエンザ予防接種費用の個人負担免除券の交付を申請します。
また，交付要件確認のため，私（申請者が代理人の場合は委任者）の世帯に関する村民税の課税状況，住民基本台帳の記載事項について確認することに同意します。

【接種対象者】

氏　名	生年月日	住所	電話番号	該当する交付要件
	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	東海村		□ 村民税非課税世帯 □ 生活保護受給者
	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	東海村		□ 村民税非課税世帯 □ 生活保護受給者
	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	東海村		□ 村民税非課税世帯 □ 生活保護受給者
	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	東海村		□ 村民税非課税世帯 □ 生活保護受給者
	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	東海村		□ 村民税非課税世帯 □ 生活保護受給者
	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	東海村		□ 村民税非課税世帯 □ 生活保護受給者
	大正・昭和・平成・令和 年　月　日	東海村		□ 村民税非課税世帯 □ 生活保護受給者

＜添付書類＞

・ 生活保護世帯：□生活保護受給証の写し

＜職員記入欄＞

本　人　確　認	1 マイナンバーカード　2 運転免許証　3 パスポート　4 その他（　　）
1月1日現在の住所地	□東海村　　□その他（　　）
交付要件確認	□交付　（　　件）　□不交付（　　件）
予診票交付枚数	□交付済（　　枚）　郵送（　　件）・窓口（　　件）
免除券交付枚数	□交付済（　　枚）　郵送（　　件）・窓口（　　件）

申請受付者