

☐ 高齢者インフルエンザ予防接種

☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種

↑申請するものにチェック☑を付けてください。

令和 年 月 日

における自己負担額減免申請書

太枠内をご記入ください。

住所	山形市	ふりがな	
		氏名	
電話番号	()		
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (満 歳)		
接種予定 医療機関		接種予定日	未定・予約済 (年 月 日)

こちらは、本人以外が申請する場合、ご記入ください。

申請者氏名

接種者との関係

連絡先 ()

※ 施設関係者の場合、施設名もご記入ください。
※ 確認事項があれば、電話連絡させていただく場合がございます。

市確認欄(1)	
	生活保護世帯
	中国残留邦人等支援給付世帯
	非該当
市確認欄(2)	
	65 歳以上
	60～64 歳の内部障がいがある方
	非該当（重複等）
市確認欄(3)	
	申請者への説明（庁内照会について）
	生活支援課対応職員名 ()

☐ 高齢者インフルエンザ予防接種

☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種

↑申請するものにチェック☑を付けてください。

令和 年 月 日

における自己負担額減免申請書

太枠内をご記入ください。

住所	山形市	ふりがな	
		氏名	
電話番号	()		
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (満 歳)		
接種予定 医療機関		接種予定日	未定・予約済 (年 月 日)

こちらは、本人以外が申請する場合、ご記入ください。

申請者氏名

接種者との関係

連絡先 ()

※施設関係者の場合、施設名もご記入ください。
※確認事項があれば、電話番号連絡させていただく場合がございます。

市確認欄(1)	
	生活保護世帯
	中国残留邦人等支援給付世帯
	非該当
市確認欄(2)	
	65 歳以上
	60～64 歳の内部障がいがある方
	非該当（重複等）
市確認欄(3)	
	申請者への説明（庁内照会について）
	生活支援課対応職員名 ()