

## 様式第 2 号(第 5 条関係)


照合の結果、生活保護受給者に相違ないので、( ) 予防接種無料券を交付してよろしいか。

( ) 予防接種無料券交付申請書

年 月 日

瀬戸内市長 様

申請者 住所

(被保護者) 氏名

電話

次のとおり瀬戸内市定期予防接種実施要綱第 5 条第 3 項の規定により申請します。

なお、被接種者は自分の生活保護受給状況又は申請理由に関する情報を所有する所管課から情報の提供を受けることに同意しています。

(※瀬戸内市以外の市区町村から生活保護受給中の方は、「生活保護受給証明書」等現在生活保護を受給していることが確認できる書類を添付してください。)

ふりがな 被接種者氏名	性別	生年月日	申請者との続柄
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
	男・女	年 月 日	
申 請 理 由	生活保護を受給している		

※市記入欄	交付の判定	照合年月日	確認者印
	適 当 ・ 不 適 当	年 月 日	