

令和 年 月 日

令和 7 年度 带状疱疹ワクチン接種費用徴収免除証明申請書

(宛先) 加賀市長

申請者) 住 所 加賀市

氏 名

(個人コード No. )

電話番号

生年月日 年 月 日

※窓口に来た方が、本人以外の場合は下記をご記入ください。

届出人) 住 所

氏 名 (続柄)

電話番号

加賀市予防接種費用徴収規則第 4 条第 1 号の規定に基づき、带状疱疹ワクチン接種費用徴収免除証明書の発行を申請し、私の住民情報について、市が確認することに同意します。