

別記様式第 1 号（第 5 条関係）

予防接種及び健康診査等徴収金減免申請書	
年 月 日	
高島町長	殿
住所 〒	
申請者 氏 名	
生年月日	
年 齢	
電話番号	
(日中連絡がつくもの)	
次のとおり減免を受けたいので申請します。	
減免を受けようとする予防接種及び健康診査等の種類	徴収金額
計	
申請理由として該当する項目を☑してください。	
☐ 生活保護法による被保護世帯に属する者 ☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている者 ☐ その他（ ）	
申請に際して、以下の項目に同意が必要です。同意事項を☑してください。	
☐ 町が予防接種及び健康診査等徴収金減免申請の内容を確認するために必要な個人情報に関係機関等に確認することに同意します。 ☐ 申請日及び健康診査日時点において、生活保護を受給していない場合は、減額又は減免された費用の全額を町に返納します。	