**様式第１号（第９条関係）**

**予防接種費用減免申請書**

**令和　　年　　月　　日**

**里庄町長　加　藤　泰　久　様**

**申請者**

**住所**

**氏名　　　　　　　　　　印**

**対象者との関係**

**インフルエンザ予防接種費用の減免を受けたいので、次のとおり申請します。**

**１　対象者**

**氏名**

**住所　里庄町大字**

**生年月日　　　　　　　　年　　月　　日**

**２　申請の理由**

**生活保護法により扶助を受けている世帯に属する者**