

免除交付数 No. _____

令和 年 月 日

摂津市長 様

摂津市高齢者帯状疱疹予防接種費用免除申請書

同意事項について同意するとともに、次のとおり、費用免除を申請します。

| 同意事項 | |
|---|--|
| 資格要件を確認するため、市の担当職員が申請者の世帯全員の状況について、住民記録担当課、税務担当課及び生活保護担当課に照会し、また必要に応じて障害福祉担当課に照会すること。 | |

| | | |
|----------------|------|------------------------|
| 住 所 | 摂津市 | |
| | 電話 | |
| 予防接種を受ける人の氏名 | ふりがな | 生年月日 (大・昭) 年 月 日 |
| 予防接種を受ける医療機関名等 | | (歳) |

同一世帯で接種を希望される方がおられる場合はご記入ください。

| | | |
|----------------|------|------------------------|
| 予防接種を受ける人の氏名 | ふりがな | 生年月日 (大・昭) 年 月 日 |
| 予防接種を受ける医療機関名等 | | (歳) |

| 市記入欄 | | | | | |
|------|----|-----------------|------------|----|------------------------|
| 確認者 | 年齢 | 60歳～64歳 身障1級 | 生 年 月 日 | 住所 | 該当事項 |
| | 歳 | | | | ・非課税 ・生保 ・中国残留邦人 |
| | 歳 | | | | |