

免除交付数 No. _____

令和 年 月 日

摂津市長 様

高齢者肺炎球菌ワクチン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。

住 所	摂津市 Tel. _____		
受ける人の氏名	ふりがな	男・女	受ける人の性別・生年月日 (明 ・ 大 ・ 昭) 年 月 日
			(歳)
予防接種を受ける 医療機関名等			

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。

受ける人の氏名	ふりがな	男・女	受ける人の性別・生年月日 (明 ・ 大 ・ 昭) 年 月 日
			(歳)
予防接種を受ける 医療機関名等			
受ける人の氏名	ふりがな	男・女	受ける人の性別・生年月日 (明 ・ 大 ・ 昭) 年 月 日
			(歳)
予防接種を受ける 医療機関名等			
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、また必要に応じて予防接種実施医療機関に照会すること。			

備 考
