

免除交付数 No. _____

令和 年 月 日

摂津市長 様

摂津市高齢者インフルエンザ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。 ・次年度以降においても、この申請書を改めて提出することなく費用免除の申請を行ったものとする。ただし、申請者から費用免除の申請をしない旨の申出があった場合を除く。	

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)
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（空欄には☑を）						
確認者	年齢	60歳～64歳 身障1級	生 年 月 日	住所	送付歴	該当事項
	歳				無	・非課税 ・生保 ・中国残留邦人
	歳					