Α	除交值	什数	No
$T\Gamma_{i}$	ツハス	1'J 女X	INU.

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こと。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。

	摂津市				
住 所					
	電話				
文件持在 之	ふりがな		生年		
予防接種を 受ける人の氏名		(大・日			
		年		月	目
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。

同一世間では住宅間主に行るのがののの日はこれが、ことで						
→ P4. (ふりがな	生年月日				
予防接種を 受ける人の氏名		(大	• 昭)			
			年	月	日	
予防接種を受ける 医療機関名等			(歳)	
マルセチャ	ふりがな		生年	月日		
予防接種を 受ける人の氏名		(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	生 年	住所	送付歴	該当事項
惟祕伯	十冊	身障1級	月日	生別	达 刊 篮	以 コ争供
200400000000000000000000000000000000000	歳	***************************************	***************************************	***************************************	無	・非課税 ・生保 ・中国残留邦人