

摂津市带状疱疹予防接種費用免除申請書（施設用）

令和 年 月 日

摂津市長 様

申請者 施設所在地

施設名

（施設の種別：養護・特養・軽費・老健・その他）

代表者名

電話番号

担当者名

当施設の被接種者本人による申請が困難なため、次のとおり費用免除を申請します。
この申請については、被接種者の利益につながるものであり、善意をもって行うことをここに誓約します。また、被接種者については、下記の同意事項について同意を得ております。

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。	

予防接種を受ける 医療機関名等	(市・町)
--------------------	-----------------------------

	ふりがな 氏 名	生年月日	住 所
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

市記入欄			
確認日		確認者（2人）	備考
確認日		確認者（2人）	