

免除交付数 No. _____

令和 年 月 日

摂津市長 様

摂津市带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				