

インフルエンザ予防接種自己負担金免除申請書

令和 年 月 日

(あて先) 大野城市長 宛

申請者 _____

連絡先(電話番号) _____

私は、インフルエンザ予防接種の自己負担金について下記のとおり免除の申請をします。

なお、本件に関し、世帯全員の市民税の課税状況及び生活保護の認定状況について必要な調査を行うことに同意します。

記

ふりがな
被接種者 _____

生年月日 _____ 年 月 日生 (満 _____ 歳)

住 所 _____

自己負担金免除の理由 非課税世帯 ・ 生活保護世帯 (該当を○で囲む)