

高齢者インフルエンザ予防接種個人負担金免除申請書

年度

年 月 日

西脇市長 様

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____

高齢者インフルエンザ予防接種個人負担金の免除を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、免除の可否を決定するために、私及び私と生計を同一とする者の生活保護の受給状況について、関係機関に調査、照会、閲覧することに同意します。

審査の結果、免除を決定（却下）する。

年 月 日

審 査	住所	対象要件	決 裁		
			課長	主査等	担当
	可・否	可・否			