

高齢者予防接種自己負担免除確認申請書

(あて先)
大津市長

インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種自己負担免除対象者の
確認を受けたいので下記のとおり申請します。

予防接種の種類

☐ インフルエンザ

☐ 新型コロナワクチン

ふりがな
接種希望者名

生年月日 明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日

住 所 大津市 _____

電話番号 _____

市処理欄	
生保開始日	
受付月日・受付者	