

高齢者带状疱疹予防接種自己負担免除確認申請書

(あて先)
大津市長

带状疱疹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。

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	