

様式第3号

## 高齢者インフルエンザ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 \_\_\_\_\_

生保開始日	
受付月日・受付者	