

麻疹・風しん混合予防接種又は風しん予防接種費用免除申請書

年 月 日

池田市長 様

池田市麻疹・風しん混合予防接種又は風しん予防接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、麻疹・風しん混合予防接種又は風しん予防接種費用の免除を申請します。

なお、申請に当たり、私が免除対象者に該当するか市長が確認することに同意します。

記

免除申請者

住 所 池田市

氏 名 印

生年月日 年 月 日

電話番号

代理人

住 所

氏 名 印

生年月日 年 月 日

電話番号 続柄

----- 以下は記入しないでください -----

(免除対象該当区分)

1. 生活保護法による被保護世帯に属する者
2. 市民税非課税世帯に属する者

申請者確認書類

健康保険証		運転免許証		介護保険証	
その他					

代理人確認書類

健康保険証		運転免許証		介護保険証	
その他					