

様式 7 (第 6 条の 2 関係)

## 高齢者インフルエンザ自己負担金免除申請書

申請日 年 月 日

長久手市長殿

下記のとおり高齢者インフルエンザ予防接種自己負担金の免除を受けたいので申請します。

なお、申請事由にかかる要件（同一世帯員等）の調査については、健康推進課職員に委任します。

### 記

申請者氏名		電話 番号	
住 所	長久手市		
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月 日
内 容	高齢者インフルエンザ予防接種		
申 請 事 由	生活保護世帯		
同一世帯員 の 氏 名	氏名 _____ 氏名 _____		

関係課（福祉課）確認欄

上記申請事由に	該当する	確認日： 令和 年 月 日
	該当しない	