

申 立 書

神戸市長 あて

申立日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申立者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ 神戸市 \_\_\_\_\_ 区

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

私（私と同一の世帯に属する者を含む）は、申立日時点で、神戸市の高齢者（インフルエンザ・肺炎球菌）予防接種無料接種対象者であることの確認ができませんが、下記申立内容のとおり無料接種対象者に相当します。つきましては、高齢者（インフルエンザ・肺炎球菌）無料対象確認証を交付していただきますよう申立させていただきます。なお、申立内容に偽りがあった場合は、無料対象確認証の交付がされないこと、また既に助成金の交付を受けた際は、助成金の額の全部又は一部を返還することに同意します。

申立内容 （昨年中の収入状況等を記入すること。）