

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、神戸市の高齢者定期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、市民税非課税世帯のため無料接種対象者に相当します。つきましては、高齢者定期予防接種無料対象確認証を交付していただきますよう申立ていたします。