

高齢者インフルエンザ予防接種市外接種について(申請書)

令和 年 月 日

健康推進課長 様

市の 医療機関において高齢者インフルエンザの予防接種を受けたいので依頼書の発行を申請します。

申請者	氏名	続柄 ()
	住所	天理市 町
	電話	
被接種者	氏名	
	生年月日	T・S 年 月 日 : 満 () 歳
	住所	天理市 町
	電話	
	市外接種理由	

市外接種の自己負担金を1,500円徴収しました。 徴収者サイン ()

自己負担金の助成申請書

高齢者インフルエンザの自己負担金の助成を受けたいので申請します。

申請者氏名 ()

申請を受けた後、生活保護受給票で確認または社会福祉課に該当かどうか

確認することに (同意します ・ 同意しません)

確認職員名 ()