

赤枠内を記入してください

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

上天草市長 様

申請者

住所.....

氏名.....

代理の場合（被接種者との続柄： ）

電話（ ） —

上天草市インフルエンザ予防接種申請書（広域化医療機関用）

インフルエンザ予防接種を受けたいので、上天草市インフルエンザ予防接種事業実施要綱第6条第2項の規定により申請します。

記

被接種者	ふりがな		
	氏名		
	住所	（※申請者と同じ場合は、記載不要） 上天草市		
	生年月日	年 月 日 （ 歳）	性別	男 ・ 女
実施予定医療機関・施設			
接種予定日	年 月 日			
被接種者の区分及び市負担金額	該当する欄に○	被接種者の区分	市負担金額	
		① 65歳以上の者又は60歳以上65歳未満で内部疾患（※）を有する者（回数1回）	4,000円	
		② 上記に該当する者のうち、生活保護法に規定する生活扶助を受ける者（回数1回）	予防接種費用の全額	

※心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者