

様式第1号（第6条関係）

窓口に来られた方

令和●年 ●月 ●日

上天草市長 様

申請者 住所 上天草市●●町●●●●000-00

氏名 ●● ●●●●

電話 (0000) 00 - 0000

上天草市新型コロナウイルス感染症予防接種申請書（広域化医療機関用）
 新型コロナウイルス感染症予防の接種を受けたいので、上天草市新型コロナウイルス感染症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

接種をされる方

被接種者	ふりがな	●●●● ●●●●●●		
	氏名	●●● ●●●●●		
	住所	上天草市 ●●町●●●●●000-00		
	生年月日	S●年 ●月 ●日 (満 ●● 歳)	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
実施予定医療機関・施設	●●●●●●●●●● 医院			
接種予定日	令和6年 ●月 ●日			
被接種者の区分及び市負担額	該当する欄に○	被接種者の区分	市負担額	
	<input checked="" type="radio"/>	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)	13,200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