

インフルエンザ予防接種申請書

菊陽町長 様

インフルエンザ予防接種について下記のとおり申請します。

記

被接種者氏名	印
生年月日	大正・昭和 年 月 日生（満 歳）
住所	菊陽町
申請の理由	☐ かかりつけ医で接種 ☐ 施設入所中 ☐ 入院中 ☐ その他（ ）
医療機関名	
減免対象	有（生活保護受給者・中国在留邦人） ・ 無

※生活保護受給中(①)、もしくは、中国残留邦人等に対する支援給付受給中(②)の方は、健康・保険課窓口へ次の証明書等の提出または提示により、自己負担の免除を受けることができますので、事前に御相談ください。(①の方:生活保護証明書、②の方:中国残留邦人等に対する支援給付本人確認証)

令和 年 月 日

【申請者】 ☐上記と同様 TEL(— —)

☐上記と異なる場合（以下を記入）

住所 TEL 氏名	印	（続柄 ）
-----------------	---	-------