

小郡市高齢者予防接種公費負担金補助申出書

小郡市長 殿

小郡市

申出者 住所

氏名

電話番号

申出書提出者 住所

氏名

小郡市予防接種委託外医療機関における高齢者予防接種費用の公費負担金補助要綱第4条の規定により、次のとおり申出をします。

接種を受ける者	ふりがな		男 女	生年 月日	年 月 日 (才)
	氏名				
連絡希望先 <small>※申出者住所と異なる場合はご記入ください</small>	〒				
	電話番号	担当者※入院・入所中の場合			
接種希望医療機関	医療機関のある市町村名				
	医療機関名				
	<input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中(施設名:)				
	電話番号				
希望する予防接種 <small>※○を付けてください</small>	医師名				
	1. インフルエンザ 2. 高齢者用肺炎球菌(高齢者がかかるものに限る。)				

【注意事項】 接種時に小郡市に住民票が無い方は対象となりません。

< 市記入欄 >

上記のとおり申出がありましたので、別紙小郡市高齢者予防接種実施依頼書を発行してよろしいか伺います。

課長	係長	係

確認欄	
住所	
年齢	
医師	

受付印