

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

申出者＝接種者本人
 申出は接種する人本人が行ってください。
 接種者本人による直筆が難しい場合は代筆可ですが、誰が代筆したか記載をお願いします。
 例：小郡花子（代筆〇〇〇〇続柄××）

申出者

小郡市

住民票上住所

住所 二森123-4▲

氏名 小郡 花子

電話番号 080-0000-△△△△

申出書提出者
 ＝窓口に申出書を提出する人
 （申出者本人の場合は不要）

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	おごおり はなこ		男	生年 月日	昭和 16 年 8 月 ▲ 日
	氏名	小郡 花子		女		
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>	〒	838-▲▲▲▲		後日、必要書類等送付いたします。 申出者住所以外の場所に送付希望される方はご記入ください。		
	電話番号	小郡市小郡22□-111 0942-72-12△△				
接種希望医療機関	医療機関のある市町村名		小郡市二森〇〇〇-1			
	医療機関名		あすてらす病院			
	□ 通院中		<input checked="" type="checkbox"/> 入院中		□ 入所中(施設名:)	
	電話番号		0942-72-6667			
希望する予防接種 <small>※○を付けてください</small>	医師名		あすてらす 次郎			
	1. インフルエンザ		接種を希望する医療機関をご記入ください。 また、接種を希望する予防接種に○を付けてください。			
2. 高齢者用肺炎球菌(高齢者がかかるも						

申出者(接種者)記入

【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
別紙
による

記入不要

				医師	
--	--	--	--	----	--