

広域化交付申請書(高齢者インフルエンザ予防接種用)

玉名市長 様

下記、広域化医療機関での高齢者インフルエンザ予防接種予診票交付を申請します。

申請日 令和 年 月 日

申請者

住所

氏名

(本人以外の場合は続柄:)

連絡先

1 接種を受ける人

住所 玉名市

氏名

(フリガナ)

生年月日(大正 昭和)

年

月

日生

2 接種を希望する医療機関名

()市町村

3 備考 ()

4 生活保護受給の有無 (有 ・ 無)←○をつけてください。

受給証明書がある場合は、予診票と一緒に医療機関に提出すると無料になります。

【市確認項目】

- 広域参加医療機関の確認
- インフルエンザ予防接種歴の確認(健康管理システムで今シーズン受けていないか)
- 年齢【 65 歳以上 60～64 歳(心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルス)】

受付者名

日付印