

世羅町長 様

申請者
住所 世羅郡世羅町大字

氏名

電話 — —
代筆者
住所

氏名

電話 — — 続柄 ()

世羅町インフルエンザ予防接種券交付申請書

一般社団法人広島県医師会に所属する医療機関等で実施されるインフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、世羅町インフルエンザ予防接種実施要綱第 6 条の規定により「世羅町インフルエンザ予防接種券」の交付を申請します。

なお、助成対象者であることを確認するため、世羅町の住民基本台帳及び生活保護台帳等により世帯状況等を担当部署が確認することを同意します。

接種対象者等

ふりがな		生年月日	年 (	月	日 歳)
氏名					
住所	世羅郡世羅町大字				

接種対象者 (該当を○)	・ 65 歳以上
	・ 60 歳以上 65 歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有するもの
接種希望医療機関	
交付の種別	新規 ・ 再交付

世羅町担当者記入欄

本人確認 (代筆者確認)	対象年齢確認	生活保護受給 世帯確認	接種券交付	接種券番号
		・ 保護世帯 ・ その他の世帯	可 ・ 不可	