

年 月 日

熊 野 町 長 様

(申請者) 住 所
氏 名
続 柄 ()

電話番号 ー

県外等予防接種依頼申請書

みだしのことについて、下記の医療機関で接種したく申請します。
なお、本申請により、町民税の課税状況または、生活保護の受給状況について、確認されることに同意いたします。

記

予防接種名及び接種者氏名

予 防 接 種 名	高齢者肺炎球菌・带状疱疹 高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症
接 種 者 の 氏 名 (住 所)	(熊野町)
接種者の生年月日	(年 月 日生 歳)
理 由	1. 何らかの疾病を有し、治療が必要な者 病名 () 2. 現在、入院中あるいは入所中のため 3. その他 ()
接種医療機関名 (予 定)	
医療機関所在地	

<事務処理欄>

本人確認：保険証・免許証・その他 () /窓口に来た人の本人確認：保険証・免許証・その他 ()

種類	接種歴	発行日	発送日	発送者	減免可否
肺炎球菌	有・無				
带状疱疹	有・無				
インフル					
コロナ					
1. 生活保護		生活保護受給者証 ☐ 確認			減免 ・ 否
2. 町民税非課税世帯		町民税課税状況（健康管理システム） ☐ 確認			減免 ・ 否