No. I

R8年度 高齢者インフルエンザ

愛知県広域予防接種事業申請書

令和　　年　　月　　日

稲沢市長殿

申請者 住所　〒　　－

氏名　　（続柄）

電話番号　（　　）　　－

※太枠内を御記入ください。

今年度インフルエンザの予防接種は初めてですか？				はい・いいえ
事前に接種希望医療機関が、予防接種の受け入れを行っているか確認しましたか？				はい・いいえ
申請理由	1 かかりつけ医　2 長期入院治療　3 高齢者施設入所　4 その他（　　）			
希望市町村		希望医療機関		
被接種者	住 所	□ 申請者と同じ 〒　　－ 稲沢市		
	ふりがな		生年月日	大正・昭和 年　月　日 （満　歳）
	氏 名	□ 申請者と同じ （男・女）		
	電話番号	□ 申請者と同じ （　　）　　－		

下記についてお読みいただき、確認後は□にレ点をお願いします。

□ **転出された場合は、転出日以降連絡票が利用できません。（接種された場合、全額自己負担です。）**

□ 年度毎に申請が必要です。翌年度以降も広域予防接種事業を利用する場合は、再度申請が必要です。

□ 申請した予防接種以外の予防接種を接種する場合は、新たに申請が必要です。

□ 連絡票に記載された注意事項をよくお読みください。

□ 必ず稲沢市の予診票をご使用ください。予診票は連絡票と一緒にお渡しします。

□ 医療機関へ自己負担額をお支払いください。（一部のかたを除く）

□ 減免対象者は必ず申請時に必要書類を提出してください。**申請後の変更はできません。**

（市記入欄）

年齢項目	必要書類	自己負担額
□ 接種日に65歳以上の方		1,500円
□ 接種日に60歳以上65歳未満で心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害のあるかた(身体障害者手帳1級程度)	身体障害者手帳	
□ 上記の項目のいずれかに該当し、かつ 生活保護世帯・市民税非課税世帯の方	上記の書類に加え、 □ 生活保護受給証明書 □ 高齢者インフルエンザ用市民税非課税世帯証明書 のいずれか	無料

有効期間　　10月15日、発行日または対象年齢に達する日（誕生日の前日）のいずれか遅い日～当該年度1月31日

※この申請書はR8年度用です。R8年度以外はご使用できません。

受付者:　　**（郵送）不要・要**