

《記入見本》
来庁者用

令和4年度高齢者インフルエンザ予防接種県内乗り入れ申請書

届出者氏名 福岡 花子 (続柄: 本人)

電話番号 049 (〇〇〇) 〇〇〇〇

※本人申請以外の場合は、
連絡先を記入

※太枠の中を記入してください。

申し込み年月日	令和 4 年 10 月 20 日			
氏名	福岡 花子			
生年月日	明・大・ 昭	32年 5 月 × 日	年齢	65 歳
住所	ふじみ野市 福岡△—△—△			
電話番号	049 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
受診医療機関	川越 市 町	医療機関名: △△△クリニック		
医師名 (わかる場合)	○山△男			
理由	①かかりつけ医のため ②その他((例) △△の里に入所中のため)			

★高齢者インフルエンザの予防接種を受ける方へ・・・お読みください★

今回の申請でインフルエンザ予防接種が受けられる期間は

令和4年10月20日(木)～令和5年1月31日(火)です。

※実施期間を過ぎると、この手続きで補助を受けることはできませんのでご注意ください。

【職員記入欄】 これ以降は職員が記入します。

【対象者】

①接種日に65歳以上の人

②接種日に60歳以上65歳未満で心臓、じん臓、呼吸機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がいがあり、日常生活活動が極度に制限される方

職員確認欄(インフルエンザ)				
年齢	住所	医療機関 (インフル)	受付者サイン	受付方法

〒	氏名: 住所:〒 電話番号:
---	----------------------