

土浦市予防接種費用全額公費負担申請書

交付番号 (市記載)	高齢者インフルエンザ No.	月 日 確認済み
	新型コロナウイルス No.	月 日 確認済み
	高齢者肺炎球菌 No.	月 日 確認済み
	带状疱疹 No.	月 日 確認済み

接 種 種 別	☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 带状疱疹
ふ り が な	
被 接 種 者 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所 及 び 電 話 番 号	電話番号 ()

上記のとおり予防接種費用の全額公費負担を申請します。なお、申請の内容について市長が関係機関等に照会し、又は報告を求めることに同意します。

(申請先) 土浦市長

年 月 日

(申請者)

氏 名 _____

住 所 _____

R8 年度～