

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 |
| | 成人用肺炎球菌 No. | 月 日 | 確認済み |
| | 带状疱疹 No. | 月 日 | 確認済み |

| | |
|--------------------|--|
| 接 種 種 別 | <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 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 _____

R7年度～