

岩手県高齢者広域的予防接種申請書

令和 年 月 日

奥 州 市 長 様

岩手県内の他市町村において予防接種を希望するので、岩手県高齢者広域的予防接種受診票の交付申請をいたします。

なお、予防接種の接種料金について、市が支払う料金より実施病院（施設）が設定している接種料金が上回っている場合は、その差額について、被接種者負担（個人負担）として実施病院（施設）に支払うことを了承します。

被接種者	フリガナ 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	大 正 年 月 日生 (歳) 昭 和
	住 所	〒 奥州市
	電話番号	
申請者 (被接種者□)	氏 名	続柄 ()
	住 所	
受診票の送付先		☐ 自宅 ☐ 申請者自宅

交付日	
受付者	