

高齢者インフルエンザ予防接種自己負担金免除申請に係る照会

保健予防課
FAX 019-654-5665

行き

医療機関名

担当者

照会日 _____ 月 _____ 日

電話(電話番号 _____)で 回答してください。

郵送で 回答してください。

接種予定日 (_____ 月 _____ 日)

申請書「1 市民税非課税世帯」についての照会欄

	氏名	生年月日	保健予防課 回答欄	
1		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
2		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
3		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
4		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
5		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
6		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
7		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
8		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
9		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
10		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
11		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
12		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円

申請書「2 生活保護世帯」及び「3 中国残留邦人等支援給付受給世帯」についての照会欄

	氏名	生年月日	保健予防課 回答欄	
1		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
2		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円
3		明・大・昭 年 月 日	0円	1,500円

上記のとおり回答いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

盛岡市保健所 保健予防課

担当

盛岡市保健予防課 FAX **019-654-5665**

電話 **019-603-8307(直通)**