

高齢者インフルエンザ/新型コロナ予防接種自己負担金免除申請に係る照会

【お急ぎの場合、対象者が数名(4名程度)のみの場合は、電話にて照会をお願いします】

指導予防課  
FAX 019-654-5665

行き

医療機関名

担当者(※必ず記名下さい)

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。

※FAXでの回答は出来かねます。

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      | ○をつけてください | 指導予防課 回答欄 |        |
|----|-----|-----------|-----------|-----------|--------|
| 1  |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 2  |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 3  |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 4  |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 5  |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 6  |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 7  |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 8  |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 9  |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 10 |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 11 |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 12 |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |

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      | ○をつけてください | 指導予防課 回答欄 |        |
|---|-----|-----------|-----------|-----------|--------|
| 1 |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 2 |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |
| 3 |     | 大・昭 年 月 日 | インフル・コロナ  | 0円        | 自己負担あり |

※高齢者インフルエンザ予防接種の自己負担金は1,500円、高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種は3,500円です。

上記のとおり回答いたします。

令和 年 月 日

盛岡市保健所 指導予防課 担当

盛岡市指導予防課 FAX 019-654-5665

電話 019-603-8307(直通)