

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 年 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)

必ず、ご本人またはご家族からの申請(自己負担金免除申請書による)において照会を行うこと。自己負担金免除申請書は予防接種を受ける際に予診票と併せて提出すること。

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	申請書	指導予防課 回答欄	
1		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
2		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
3		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
4		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
5		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
6		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
7		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
8		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
9		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
10		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	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	申請書	指導予防課 回答欄	
1		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
2		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	0円	自己負担あり
3		大・昭 年 月 日	インフル・コロナ	済 ・ 未	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2,600円、高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種は7,800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)