

新型インフルエンザワクチン接種確認書(優先接種対象者用)

※太枠内へはご本人様をご記入ください

(本人記入欄)		(医療機関記入欄)	
住所	松阪市	接種日:平成 年 月 日	
氏名		接種費用軽減対象者の範囲	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	1 基礎疾患を有する者	
【接種金額】 ※接種費用軽減対象者に限る <input type="checkbox"/> 1回目(3,000円) <input type="checkbox"/> 2回目(3,000円) <input type="checkbox"/> 2回目(2,000円) ※1回目の医療機関と異なる場合		2 妊婦	
		3 1歳～小学3年生	
【接種金額】 ※接種費用軽減対象者に限る <input type="checkbox"/> 1回目(3,000円) <input type="checkbox"/> 2回目(3,000円) <input type="checkbox"/> 2回目(2,000円) ※1回目の医療機関と異なる場合		4 保護者(1歳未満)	
		5 保護者(優先対象者で身体上の理由による)	
【接種金額】 ※接種費用軽減対象者に限る <input type="checkbox"/> 1回目(3,000円) <input type="checkbox"/> 2回目(3,000円) <input type="checkbox"/> 2回目(2,000円) ※1回目の医療機関と異なる場合		6 小学4年生～6年生	
		7 中学生	
【接種金額】 ※接種費用軽減対象者に限る <input type="checkbox"/> 1回目(3,000円) <input type="checkbox"/> 2回目(3,000円) <input type="checkbox"/> 2回目(2,000円) ※1回目の医療機関と異なる場合		8 高校生に相当する年齢の者	
		9 65歳以上の者	
【接種金額】 ※接種費用軽減対象者に限る <input type="checkbox"/> 1回目(3,000円) <input type="checkbox"/> 2回目(3,000円) <input type="checkbox"/> 2回目(2,000円) ※1回目の医療機関と異なる場合		※該当番号に○をしてください。	
(注)接種費用軽減証明書《ハガキ》をお持ちの方はこの枠(本人記入欄)へ証明書を貼付して下さい。 <input type="checkbox"/> :2回目が1回目と異なる医療機関で接種した場合はチェックをしてください。		平成 年 月 日	
		医療機関名	

印

(本人署名欄)※未成年の方については「保護者署名欄」に署名してください

私は、当該医療機関が接種にかかる費用の軽減分を松阪市に請求し、受領することを了承します。
平成 年 月 日

署名)本人 _____ 署名)保護者 _____

(切り取り線)

※松阪市送付用 ※ご本人様用

《新型インフルエンザ予防接種済証》

No _____

(被接種者)			
住所	松阪市	接種日:平成 年 月 日	
氏名		優先接種対象者の範囲	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	1 基礎疾患を有する者	
●接種回数(1回目・2回目) ※どちらかを「○」で囲んでください。		2 妊婦	
		3 1歳～小学3年生	
●ロット番号 _____		4 保護者(1歳未満)	
		5 保護者(優先対象者で身体上の理由による)	
●メーカー名 _____		6 小学4年生～6年生	
		7 中学生	
平成 年 月 日 受託医療機関名		8 高校生に相当する年齢の者	
		9 65歳以上の者	
代表者名		10 医療従事者	
		※該当番号に○をしてください。	

印