

インフルエンザ予防接種内訳表(月分)

堺市長様

医療機関名 _____

担当者 _____

電話 _____

番号	年齢	氏名	○を記載		
			有料	無料	無料の際の添付書類
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし

番号	年齢	氏名	○を記載		
			有料	無料	無料の際の添付書類
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし
	歳				あり・なし

※1 堺市外に住民登録のある被接種者については、堺市に請求することができません。

※2 無料で接種した場合は「無料」覽に○を記載し、無料確認書類を必ず添付してください。
 添付がない場合は請求できません。

※3 60歳～64歳の方に接種した場合は、身体障がい者手帳のコピーを必ず添付してください。
 添付がない場合は請求できません。

