

堺市予防接種無料受診券

堺市契約医療機関 様

令和 年 月 日

堺 市 長

下記の予防接種について、自己負担金を免除いたします。

受診者	住所			
	フリガナ		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)
	氏名			
対象予防接種	インフルエンザ予防接種			
有効期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで ※			

※ 堺市インフルエンザ予防接種事業の期間は
令和 年 月 日から令和 年 月 日までです。

(注意) この無料受診券は、堺市インフルエンザ予防接種契約医療機関のみ有効です。

医療機関の方へ

- 接種後は、予防接種実施報告書にある「自己負担金免除【医療機関確認欄】」の「無料券」に ☒ してください。