

高齢者インフルエンザ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	指導予防課 回答欄	
		指導予防課	回答欄
1	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
2	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
3	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
4	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
5	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
6	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
7	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
8	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
9	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
10	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
11	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
12	大・昭 年 月 日	0円	1,500円

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	指導予防課 回答欄	
		指導予防課	回答欄
1	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
2	大・昭 年 月 日	0円	1,500円
3	大・昭 年 月 日	0円	1,500円

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)**