

## 新型インフルエンザワクチン予防接種 費用助成世帯証明書

住 所：

申請者名：

電話番号：

下記に示すものは、国の実施する新型インフルエンザワクチン予防接種において、国頭村が費用助成を実施する市町村民税非課税世帯に属するものであることを証明する。

住所 国頭村字		氏名	性別	年齢	生年月日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日

平成 年 月 日

国頭村長 宮城 馨

### ※注意事項

#### 1) ワクチン接種受託医療機関

(1) 医療機関はワクチン接種にあたり、上記に示されるものが国の示す優先接種対象者等であることを十分に確認してください。

#### 2) 被接種者(ワクチン接種を受ける方)

- (1) この証明書は世帯あたり1部の発行となり、有効期限は平成22年3月31日までです。
- (3) ワクチン接種を受ける場合は、医療機関にこの証明書を提示し、**新型インフルエンザワクチン接種費用助成金代理受領委任状**を記入してください。
- (4) 基礎疾患を有する方でワクチン接種を受けようとする医療機関が、かかりつけ医と異なる場合には、優先対象となる基礎疾患を有することを証明する書類を、かかりつけ医より発行して頂きワクチン接種医療機関へ提出してください。
- (5) この費用助成世帯証明書は、新型インフルエンザ予防接種の実費費用の助成についてのみ証明するものであり、その他の助成及び免除申請等については、その証明とはならない。

問い合わせ先： 国頭村役場福祉課 電話 41-2765

(様式第2号の写し)

## 新型インフルエンザワクチン予防接種 費用助成世帯証明書

住 所：

申請者名：

電話番号：

下記に示すものは、国の実施する新型インフルエンザワクチン予防接種において、国頭村が費用助成を実施する市町村民税非課税世帯に属するものであることを証明する。

住所 国頭村字		氏名	性別	年齢	生年月日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日
			男・女		明・大 昭・平 年 月 日

平成 年 月 日

国頭村長 宮城 馨

### ※注意事項

#### 1) ワクチン接種受託医療機関

(1) 医療機関はワクチン接種にあたり、上記に示されるものが国の示す優先接種対象者等であることを十分に確認してください。

#### 2) 被接種者(ワクチン接種を受ける方)

(1) この証明書は世帯あたり1部の発行となり、有効期限は平成22年3月31日までです。

(3) ワクチン接種を受ける場合は、医療機関にこの証明書を提示し、**新型インフルエンザワクチン接種費用助成金代理受領委任状**を記入してください。

(4) 基礎疾患を有する方でワクチン接種を受けようとする医療機関が、かかりつけ医と異なる場合には、優先対象となる基礎疾患を有することを証明する書類を、かかりつけ医より発行して頂きワクチン接種医療機関へ提出してください。

(5) この費用助成世帯証明書は、新型インフルエンザ予防接種の実費費用の助成についてのみ証明するものであり、その他の助成及び免除申請等については、その証明とはならない。

問い合わせ先： 国頭村役場福祉課 電話 41-2765