様式第1号（第6条関係）

**高齢者インフルエンザ予防接種相互乗り入れ承認書Ⅰ**

**発行日　令和　　年　　月　　日**

**当自治体住民(　　　　　　 　様)が（　　　　　　　　　　）市町村**

**（　　　　　　　　　　　　　）のインフルエンザ予防接種をうけることを承認します。**

**被接種者居住地の定期予防接種期日**

**令和　年 　　月 　日　～ 令和　年 　月 　　日まで**

**予防接種料金を一部公費負担します。**

**御杖村長　伊藤　収宜**

**自己負担金1,500円は、御杖村保健福祉課で徴収しております。**

**貴医療機関では本人からは徴収せず、別紙請求書にて御杖村にご請求下さい。よろしくお願い致します。**

**※請求書には宇陀地区医師会取り決め金額を記入しております。**

**問い合わせ・請求書郵送先**

**〒633-1302**

**奈良県宇陀郡御杖村大字菅野1581番地**

**御杖村保健福祉課**

**電話　0745－95－2828**