様式第2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Ⅱ**

**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**



上記の方は御杖村担当課窓口で自己負担金（1,500円）を徴収しておりません。

**お手数ですが、貴医療機関にて自己負担金（1,500円）徴収していただき、自己負担金を引いた額を御杖村に請求して下さい。**よろしくお願いいたします。

※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**