（様式第1号）

**高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種相互乗り入れ承認書**

**発行日　　　年　　月　　日**

**当自治体住民(　　　　　　 　様)が（　　　　　　　　　　）市町村**

**（　　　　　　　　）病(医)院の肺炎球菌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**

**年　　月 　　日～ 　　　　年 　　月　　日まで**

**予防接種料金を一部公費負担します。**

**633-1302　奈良県宇陀郡御杖村大字菅野368番地**

**御杖村長**

**担当課　　保健福祉課**

**電話　　０７４５－９５－２８２８**

**※　自己負担金２，０００円は、御杖村保健福祉課で徴収しました。**