（様式第１号）

**新型コロナウイルス感染症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**

**（　　　　　　　　　　　　）の新型コロナウイルス感染症定期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。**

**御杖村長**

**自己負担金3,000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**