

岩手県高齢者広域接種受診票

(フリガナ) 被接種者氏名	() □明治 □大正 年 月 日生 □昭和 (満 歳)
住 所	〒 - (Tel - -)
注意事項	・岩手県内の広域的予防接種協力医療機関に限り有効 ・発行市町村外へ転出時は無効(全額自己負担) ・接種実施期間外は無効(全額自己負担)
接種時に 必要な書類	1 高齢者広域接種受診票(この用紙) 2 住所・氏名・生年月日の確認書類(健康保険証又は運転免許証など) 3 その他:()
負担軽減措置 該当の有無	<input type="checkbox"/> 負担軽減措置 非該当(一般) <input type="checkbox"/> 負担軽減措置 該当
備 考	

上記の者について、岩手県広域的予防接種事業の協力医療機関において、協力医師が
予防接種法に基づき定期予防接種を実施していただきますようお願いします。



年 月 日

●●市(町・村)長 ●● ●●

【市町村コード: ■■■ ●●市(町・村) 広域的予防接種 自己負担額、公費負担額等】

予防接種の 種 類	負担軽 減措置	自己負担額:② (窓口で徴収)	公費負担額:③ (市町村への請求単価)	接種実施期間 (公費助成期間)
高齢者の ●●●●●	非該当 (一般)			から まで (期間外は全額自己負担)
	該 当			

※医療機関が定める接種料金:① 円	※実施年月日 年 月 日	※請求金額 円
----------------------	-----------------	------------

【協力医療機関へのお願い】

- ・接種実施後、「予防接種済証」に必要事項を記入してください。
- ・接種実施後、本票上記太枠内の実施年月日や請求金額等を記入し、委託料請求の際に添付してください。
- ・委託料請求の際は、実施報告書兼請求書に本票及び予診票(ある場合市町村指示の書類等)を添付してください。

問い合わせ: ●●市(町・村)●●課●●係 電話●●●●-●●●-●●●●(内線●●)

-----切り取り線-----

【高齢者の●●●●● 予防接種済証】	
住所	_____
予防接種を行った年月日	氏名 _____ 年 月 日生
_____ 年 月 日	_____ 年 月 日 ●●市(町・村)長 ●● ●●
医療機関 _____	接種医師 _____ 印