高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種予診票送付申請書

【施設等入所者用】

富士見市長　宛

　　　　　　　　　　　　　　代理申請をする施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　標記の件について、予診票の受け取りを希望するため、別紙のとおり申請します。

　　注１．本申請書にて申請できるのは、次の全てに該当する方となります。

①接種日において富士見市に住民登録があること

②本人及び家族に、**高齢者インフルエンザおよび新型コロナウイルス感染症予防接種の接種及び**

**代理申請の了解が得られていること**

③市の高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種接種の対象者※であること

※高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種対象者

　・接種日において満65歳以上の希望者

　・接種日において満60歳以上65歳未満で、一定の障害を有する希望者

　　注２．接種後は、接種を実施した医療機関から市に請求してください。

* 別紙の「接種対象者一覧表」とあわせて提出してください。

問合せ・提出先

富士見市健康増進センター　保健予防係

〒354-0021　富士見市大字鶴馬3351-2

電話：049-252-3771　FAX：049-255-3321