

第1号様式 (第6条関係)

妊婦インフルエンザ予防接種助成申込書

年 月 日

実施医療機関 宛

立川市妊婦インフルエンザ予防接種助成事業を利用し、季節性インフルエンザワクチンの予防接種を希望します。

また、立川市妊婦インフルエンザ予防接種助成事業に基づく接種費用の助成のために立川市及び立川市医師会に以下の個人情報を提供することに同意します。

【接種時にお持ちいただくもの】

- ・自己負担額 (接種費用から助成額 (1,500 円) を除いた額を医療機関の窓口で負担します)
※接種費用が 1,500 円より少ない場合は、助成額は接種費用と同額になります。
- ・本人確認書類 (マイナンバーカード、運転免許証、健康保険証など)
- ・母子手帳 (妊娠の確認のため)

※太枠内に記入してください。

被接種者 (申請者)	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
接種希望の確認		<input type="checkbox"/> にチェックしてください
妊娠期のインフルエンザ予防接種の接種について、かかりつけ医又は産科医と相談し、本人の意思で接種することを希望しますか。		接種を希望します <input type="checkbox"/>
		接種を希望しません <input type="checkbox"/>

医療機関処理欄

①本人確認	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 () ※公的機関が発行した住所を確認できる書類等
②妊娠の確認	<input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()
②接種日	年 月 日
③助成額	1, 5 0 0 円 それ以外の額の場合 円
④医療機関名	