

【任意】

【注射・経鼻】

【1:徴収 2:免除(非課税) 3:免除(生保)】

(あて先)長崎市長

## 長崎市子どもインフルエンザワクチン予防接種申込書( 回目)

|                      |                       |                                                                                                         |
|----------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住 所                  | 長崎市<br>町 番 号<br>丁目 番地 | 電話番号 ( ) —                                                                                              |
| 予防接種<br>を受ける<br>者の氏名 | ふりがな<br>.....<br>男・女  | 保護者<br>氏名                                                                                               |
| 生年月日                 | 平成・令和 年 月 日(満 歳 カ月)   | *世帯主が市民税非課税の場合は、非課税<br>証明書(写しでも可)を添付してください。<br>*生活保護を受給している場合は、長崎市<br>福祉事務所公費負担診療依頼証を医療機<br>関に提示してください。 |
| 生活保護<br>ケース番号        |                       |                                                                                                         |
| 接種年月日                | 令和 年 月 日              | 接種の<br>可・不可 可 ・ 不可                                                                                      |
| 医療機関コード              |                       | ※                                                                                                       |
| 実施場所<br>(医療機関名・所在地)  |                       |                                                                                                         |
| ※欄には記入しないでください。      |                       |                                                                                                         |

【任意】

【注射・経鼻】

【1:徴収 2:免除(非課税) 3:免除(生保)】

(あて先)長崎市長

## 長崎市子どもインフルエンザワクチン予防接種申込書( 回目)

|                      |                       |                                                                                                         |
|----------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 住 所                  | 長崎市<br>町 番 号<br>丁目 番地 | 電話番号 ( ) —                                                                                              |
| 予防接種<br>を受ける<br>者の氏名 | ふりがな<br>.....<br>男・女  | 保護者<br>氏名                                                                                               |
| 生年月日                 | 平成・令和 年 月 日(満 歳 カ月)   | *世帯主が市民税非課税の場合は、非課税<br>証明書(写しでも可)を添付してください。<br>*生活保護を受給している場合は、長崎市<br>福祉事務所公費負担診療依頼証を医療機<br>関に提示してください。 |
| 生活保護<br>ケース番号        |                       |                                                                                                         |
| 接種年月日                | 令和 年 月 日              | 接種の<br>可・不可 可 ・ 不可                                                                                      |
| 医療機関コード              |                       | ※                                                                                                       |
| 実施場所<br>(医療機関名・所在地)  |                       |                                                                                                         |

※欄には記入しないでください。