

【高齢者インフルエンザ・新型コロナ予防接種契約における確認事項について】

医療機関正式名称	
代表者氏名・肩書	
所在地	〒 _____
担当者名	TEL _____ FAX _____ 担当者名 _____
契約期間	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ~ 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ※ 契約期間の最終期限は、令和9年1月31日とします。
接種費用	インフルエンザ _____円 新型コロナ _____円 ※ 貴医院で任意接種する場合等の料金を記入してください。
接種予定人数	インフルエンザ _____人 新型コロナ _____人

- ・以上を記入の上、北本市役所健康づくり課までメール、郵送またはFAXをお願いします。
なお、送付の際は下記担当までご連絡下さい。
- ・接種の際、本人の接種意思の確認及び予診票への署名が必要です。接種意思が確認できない場合、法律に基づく接種はできません。接種意思は確認できるが署名ができない場合、家族又は成年後見人の代筆が可能です。
- ・接種費用の本人負担額は、インフルエンザ1,500円、新型コロナ10,800円です。生活保護受給者は無料です。
- ・接種予定者の方の氏名、生年月日（年齢）、住所を北本市役所健康づくり課にご郵送いただきますと、事前に年齢や住民登録などから定期接種の可否を確認することができます。定期接種の対象外であった場合は、委託料がお支払いできませんのでご注意ください。
(※個人情報が含まれますのでFAXでは受け付けておりません)
- ・上記確認事項をもとに契約書を作成し、説明書、予診票、請求書等を郵送します。送付まで3週間程度かかりますので、御了承ください。日付を遡っての契約はできませんのでご注意ください。

担 当 北本市役所 健康づくり課 健康推進担当
 住 所 〒364-8633 北本市本町1-111
 メール a03600@city.kitamoto.lg.jp
 電 話 048-594-5545（直通）／ FAX 048-592-3367