令和７年度 北本市

【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 | Ｔ Ｅ Ｌ　　　　　　　　　　　　　　　　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８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ものの署名ができない場合は、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

住　所　 〒３６４－８６３３ 北本市本町１－１１１

電　話 ０４８－５９４－５５４５（直通）／ ＦＡＸ ０４８－５９２－３３６７

メール a03600@city.kitamoto.lg.jp