

件数が0件でも報告してください

倉敷市長 宛（倉敷市保健所 保健課長）

倉敷市高齢者インフルエンザ予防接種実施報告書

令和6年 月 日

R 月報告分

実施医療機関名

連絡先電話 担当者名

↑（この報告書の問い合わせに関して対応可能な部署の連絡先を記入してください）

実施期間：令和6年10月1日～令和7年1月31日

倉敷市民		報告件数	うち満60歳以上65歳未満の 内部障がい者
予 診 の み		人	人
接種者合計（①+②+③+④）		人	人
接 種 者 内 訳	自己負担0円	① 公害認定患者	人
		② 生活保護等	人
	③ 自己負担1,000円		人
	④ 自己負担2,000円		人

倉敷市に住民登録のない方

倉敷市長あての依頼書持参の県外住民（予診票と依頼書を一緒に提出）	人
岡山県内で他市町村の住民	→所属の医師会へ報告してください

提出前にご確認ください

- ☐ 減免専用予診票は金額ごとにまとめている
- ☐ 提出する予診票の数と実施報告書に記載した数は一致している。
- ☐ 予防接種の実施は承諾書兼委任状を提出済みの医師による接種である。
- ☐ 医師署名・被接種者署名欄には記載がある（予診のみでもサインは必要）。
- ☐ 障がい者手帳等の写しには『障がいの内容』と『等級』が入っている
- ☐ 県外依頼を除き倉敷市以外の住民の予診票は入っていない。

※残った予診票は別にまとめて、返却してください

※R5年度以前の予診票は使用できません

※倉敷市使用欄（記入しないでください）

受 付	1	2	備考