

様式1(第6条関係)

交付番号		
高齢者肺炎球菌感染症予防接種自己負担免除券		
住所	函館市	
ふりがな		
氏名	男・女	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	
<p>上記の者について、肺炎球菌感染症予防接種において一部負担金の免除対象者であることを証します。</p> <p>◎本券の有効期限</p> <table border="1" style="margin: 10px auto;"><tr><td style="text-align: center; padding: 10px;">年 7 月 31 日</td></tr></table> <p>ただし、接種の期限は66歳の誕生日の前日までです。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">函館市長 印</p>		年 7 月 31 日
年 7 月 31 日		