

# 高齢者肺炎球菌ワクチン・带状疱疹ワクチン 接種券等交付申請書

令和 年 月 日

豊明市長

フリガナ  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 本人 同居の親族  
その他 ( )

下記のとおり、接種券等の交付を申請します。

希 望 す る 券 種		<input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票兼接種券 <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン予防接種予診票 <input type="checkbox"/> ビケン ・ <input type="checkbox"/> シングリックス ( <input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目)	
被 接 種 者	フリガナ		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒
	電 話 番 号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳) ※申請日時点	
	<p>● 肺炎球菌ワクチン予防接種を受ける 60-64 歳 (接種予定日時点) の人で あてはまる場合に✓をつけてください。 身体障害者手帳1級程度 (<input type="checkbox"/>心臓・<input type="checkbox"/>腎臓・<input type="checkbox"/>呼吸器・<input type="checkbox"/>免疫不全)</p> <p>● 带状疱疹ワクチン予防接種を受ける 60-64 歳 (接種予定日時点) の人で あてはまる場合に✓をつけてください。(注) 64歳は昭和36年4月2日以降生まれの人 身体障害者手帳1級程度 (<input type="checkbox"/>免疫不全)</p>		
書 類 送 付 先 (被接種者住所と異なる場合、 <b>添付書類</b> が必要です。)	〒		
申 請 理 由	再発行 ( <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、破損 <input type="checkbox"/> 予診のみ ) <input type="checkbox"/> 郵便不着 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

〈添付書類〉書類送付先が被接種者の住所と異なる場合、被接種者本人と申請者の身分証(写し)が必要です。

※事務処理欄(何も記入しないでください。)

券番号	<input type="checkbox"/> 接種対象該当確認	転入日 /	受付 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話 (作成者: )
発行者① ②	交 付	<input type="checkbox"/> 郵送 ( / )	<input type="checkbox"/> 窓口 申請者確認 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> マ付保険証 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> リスト 入力 [No. ]		※窓口にて交付する際、同居でない親族・送付先が別のいずれかに該当していれば確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被接種者の身分証(コピー可) ( <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> マ付保 <input type="checkbox"/> その他 ( )	