

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		☐ 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票兼接種券	
		☐ 带状疱疹ワクチン予防接種予診票 ☐ ビケン ☐ シングリックス（ ☐ 1 回目・ ☐ 2 回目）	
被 接 種 者	フリガナ		
	氏 名	☐ 申請者と同じ	
	生活保護世帯該当の有無	☐ 有 ☐ 無	*有の場合のみご回答ください。 支給自治体は、 ☐ 豊明市 ☐ 他市（ 市 区）
	住民票に記載の住所	☐ 申請者と同じ	〒
	電 話 番 号	☐ 申請者と同じ	
	生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）※申請日時点	
	● 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（ ☐ 心臓・ ☐ 腎臓・ ☐ 呼吸器・ ☐ 免疫不全）		
	● 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（ ☐ 免疫不全）		
書 類 送 付 先 （被接種者住所と異なる場合は記入の上、 <u>身分証コピーを添付して下さい。</u> ）	〒		
申 請 理 由	再発行（ ☐ 接種券の紛失、破損 ☐ 予診のみ ☐ 郵便不着 ☐ 転居 ☐ その他（ ）		

※事務処理欄（何も記入しないでください。）

券番号		☐ 接種対象該当確認	転入日 /	受付 ☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ 電話（作成者： ）
発行者①	②	交 付	☐ 郵送（ / ）	☐ 窓口 申請者確認 ☐ 免 ☐ マ付保険証 ☐ その他（ ）
☐ 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 ☐ 委任状 ☐ 被接種者の身分証（コピー可）（ ☐ 免 ☐ マ付保 ☐ その他（ ）	