高齢者肺炎球菌ワクチン・帯状疱疹ワクチン 接種券等交付申請書

令和　　　年　　　月　　　日

豊明市長

申請者

　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 | |
| □帯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 | □申請者と同じ |  |
| 氏名 |  |
| 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） | | |
| * **帯状疱疹ワクチン**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  （上記住所と異なる場合） | | 〒 | |
| 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　□ﾏｲﾅ保険証　□その他（　　 　　） | |
| □リスト 入力・記入　[№　　　　　　] | | | ※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　□ﾏｲﾅ保　□その他（　　　　　　） | | | |

Ｒ７．４版