

課長	係長	係員

# 予防接種予診票交付申請書

令和 年 月 日

益城町 健康保険課長 様

**○申請者(窓口に来た人)**

住 所 益城町

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄)

電 話 \_\_\_\_\_

**○理 由 ( 該当する理由のすべてに○をつける )**

- ① 広域化接種希望 (町外のかかりつけ医で接種を希望) のため
- ② 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓又は、呼吸器の機能に自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者のため
- ③ 生活保護世帯に該当のため

**高齢者肺炎球菌定期予防接種予診票の交付を申請します。**

なお、③の理由により、費用負担軽減を受ける場合は、被接種者の生活保護状況を調査することに承諾します。

**○被接種者(接種を受ける者)**

住 所	益城町				
フリガナ	生年月日 (接種時の満年齢)				
氏名	明・大・昭	年	月	日	歳
接種医療機関名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上</li> <li>・ 65歳相当</li> </ul>				
フリガナ	生年月日 (接種時の満年齢)				
氏名	明・大・昭	年	月	日	歳
接種医療機関名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上</li> <li>・ 65歳相当</li> </ul>				
フリガナ	生年月日 (接種時の満年齢)				
氏名	明・大・昭	年	月	日	歳
接種医療機関名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 65歳以上</li> <li>・ 65歳相当</li> </ul>				

**確認欄** ※以下は、記入しないでください。

身障手帳	生活保護	本人確認	住基	接種歴		確認印
手帳 ・ その他	受給カード (名簿) ・ 福祉課			端末	口頭	

