

高齢者予防接種に係る申請書

見本

▼精華町に住民票のある方が対象です。 （世帯主・同居の親族の方）

| | | |
|--|---|------|
| 申請理由 | 該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 町外医療機関（施設）で接種を希望 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯【自己負担金の免除】 <input type="checkbox"/> 60歳～64歳で接種を希望される方（身障手帳1級相当の方のみ） | |
| 希望する予防接種 | 該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ 【自己負担金 2,000 円、生保は免除】 <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン【自己負担金 5,000 円、生保は免除】 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン 【自己負担金 3,500 円、生保は免除】 <input type="checkbox"/> 带状疱疹（生ワクチン）【自己負担金 2,500 円、生保は免除】 <input type="checkbox"/> 带状疱疹（組換えワクチン）【自己負担金 6,500 円、生保は免除】 | |
| 施設名 | 【医療機関・施設名】 ○○医院（クリニック・病院） 特養○○ 老健○○ など | |
| 住所 | 【住所】 都道府県名（○○県） 市町村名（○○市（町）） | |
| ふりがな | せいか たろう | 生年月日 |
| 被接種者氏名 (<u>予防接種を受ける方</u>) | 精華 太郎 | 年齢 |
| 被接種者の住所 | 〒 619 - 0285 精華町 南稲八妻北尻 70 番地 電話（ 0 - - ） | |
| 代理人氏名 | 被接種者との続柄（ ） | |
| 代理人の住所 | 〒 - - 電話（ - - ） | |
| 必要 | <input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 施設、医療機関などに必要書類を送付したい場合には、『 <u>その他の住所</u> 』に <input checked="" type="checkbox"/> をして、住所・宛名をご記入ください。なお、『被接種者・代理人の住所』の場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> だけで結構です。 | |
| <input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input type="checkbox"/> 代理人の住所 <input type="checkbox"/> その他の住所 ※その他の住所に <input checked="" type="checkbox"/> した場合のみ右記にご記入願います。 | 施設へ必要書類(予診票・依頼書)の送付を希望される場合は、医療機関・施設に了承を得ておいてください。書類の送付には、 <u>10日間ほど</u> かかりますのでご了承ください。 〒 - - 電話（ - - ） 【送付先の宛名をお書きください。】 様方 | |

本人(予防接種を受ける方)以外が申請する場合にはご記入ください。例) ご家族、施設職員など
 なお、住所が同じ場合は、左記にで結構です。
 ※施設職員の方がご記入する場合は、代理人の住所は施設の住所をお書きください。

施設、医療機関などに必要書類を送付したい場合には、『その他の住所』にをして、住所・宛名をご記入ください。なお、『被接種者・代理人の住所』の場合は、だけで結構です。

上記の内容を確認することに同意します。 ※申請者の方が署名してください。
 年 月 日 署名 _____
 署名は申請者の方がしてください。