

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。

せんのかたに記入してください。

申請理由	該当する項目に ☒ をしてください。 ☐ 町外に医療機関（施設）で接種を希望する方 ☐ 生活保護世帯【自己負担金の免除】 ☐ 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 ☒ してください。 ☐ インフルエンザ【自己負担金 1,500 円、生保は免除】 ☐ 新型コロナワクチン【自己負担金 2,000 円、生保は免除】 ☒ 肺炎球菌ワクチン【自己負担金 2,500 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 南稻八妻北尻 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（ - - ）	
必要事項	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 ☒ 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。	
☐ 被接種者の住所 ☐ 代理人の住所 ☒ その他の住所 ※その他の住所に ☒ 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</u> ほど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	

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。