

高齢者予防接種に係る申請書

▼精華町に住民票のある方が対象です。接種後の申請は受理できませんのでご注意ください。

申請理由	該当する項目に☑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☑してください。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ 【自己負担金 1,500 円、生保は免除】 <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン【自己負担金 4,500 円、生保は免除】 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン 【自己負担金 2,500 円、生保は免除】 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（生ワクチン）【自己負担金 2,500 円、生保は免除】 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹（組換えワクチン）【自己負担金 6,500 円、生保は免除】		
医療機関名 施設名	【医療機関・施設名】 【住所】 都道府県名（ ） 市町村名（ ）		
ふりがな		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
被接種者氏名 (<u>予防接種を受ける方</u>)		年 齢	年 月 日 歳
被接種者の住所	〒 ー 精華町 電話（ ー ー ）		
代理人氏名	被接種者との続柄（ ）		
代理人の住所 <input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ	〒 ー 電話（ ー ー ）		
必要書類の送付先に☑してください <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☑した場合のみ右記にご記入願います。	【留意点】 医療機関・施設へ <u>必要書類(予診票・依頼書)</u> の送付を希望される場合は、必ず事前に医療機関・施設に了承を得ておいてください。 なお、必要書類の送付には、 <u>2週間ほど</u> かかりますのでご了承ください。 〒 ー 電話（ ー ー ） 【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_____