

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。詳しくは、精華町役場健康課までお問い合わせください。

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 ☐ 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 4,500 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】 ☐ 带状疱疹（生ワクチン）【自己負担金 2,500 円、生保は免除】 ☐ 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】 〇〇医院（クリニック・病院） 特養〇〇 老健〇〇 など		
	【住所】 都道府県名（ 〇〇県 ） 市町村名（ 〇〇市（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（ - - ）		
☐ 上記の住所と同じ			
必要書類の送付希望 ☒ はい ☐ いいえ	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、10日間ほどかかりますのでご了承ください。		
☐ 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。	〒 - 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。