

広域

広域予防接種券申請書

(高齢者肺炎球菌)

※太枠内を記入

| | |
|---------------------------|---|
| 申請年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | 〒 _____ 電話 (_____) _____ 福山市 _____ |
| 送付先住所 ※住所地以外に送付を希望する場合 | 〒 _____ 様方 |
| 接種を受ける人の名前・生年月日 | ふりがな _____ _____ 年 月 日生 (_____ 歳) |
| ※代理人が申請する場合 | 代理人住所 _____ 接種者との続柄(家族) _____ 代理人名前 _____ 電話 (_____) _____ |
| 接種する広域化予防接種受託医療機関名 | (広島県 _____ 市・町) |
| 接種する予定日 | 年 月 日頃 |

| | |
|---------------------|---|
| 予診票 確認欄 ※該当に☑ | <input type="checkbox"/> 予診票を持っている。 ※接種時に必要であるため、医療機関へ持参するよう伝える。 <input type="checkbox"/> 予診票を持っていない。 ※紛失又は7月1日以降に転入した人には、「再発行(発行)申請書」を使用する。 |
|---------------------|---|

| | |
|-------------------------|---|
| 予防接種券 交付確認欄 ※該当に☑ | <input type="checkbox"/> 新規・ <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 被接種者住民基本台帳・対象年齢確認 <input type="checkbox"/> 被接種者本人の意思確認がある。 <input type="checkbox"/> 接種予定の医療機関が広域化予防接種受託医療機関である。 予防接種券の送付先： <input type="checkbox"/> 窓口渡し 郵送： <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 送付先住所 低所得者確認書類： <input type="checkbox"/> なし 窓口申請：提示 <input type="checkbox"/> 証明書(医療機関用) 郵送申請：添付 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 介護保険料決定通知書又は特別徴収額決定通知書 <input type="checkbox"/> 写真付の本人確認証 <input type="checkbox"/> 休日・夜間等受診票 発券種類： <input type="checkbox"/> 低所得者以外：P 1 (自己負担額3, 000円) <input type="checkbox"/> 低所得者：P 1 (自己負担額0円) 予防接種券発行年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 予防接種券交付台帳記入： _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
|-------------------------|---|

| | |
|-------|--|
| ID 番号 | _____ |
| 押印欄 | 受付者 _____ 担当者 _____ 所属長等(課長又は次長) _____ |
| | _____ |

*郵送での申請かつ低所得者に該当する場合は、この申請書に低所得者であることを証明する書類を添付して保管。