

県外

## 高齢者肺炎球菌予防接種依頼申請書

※太枠内を記入

申請年月日	年 月 日
①住所	〒 _____ 電話 ( _____ ) _____ 福山市 _____
②現在の居住地	〒 _____ 電話 ( _____ ) _____
③送付先住所 ※①②以外に送付を希望する場合	〒 _____ 電話 ( _____ ) _____ _____ 様方
接種を受ける人の名前・生年月日	ふりがな _____ _____ 日生 ( _____ 歳) 大・昭 _____ 年 月 日
※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 ( _____ ) _____
接種予定医療機関名	( _____ 都・道・府・県 _____ 市・町)
接種する予定日	_____ 年 月 日頃

<b>予診票 確認欄</b> ※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。
-----------------------------	---

受付者名 ( _____ )  ※確認したら☑	<input type="checkbox"/> 接種費用の支給についての説明 <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依頼先市町村の実施医療機関である。 <input type="checkbox"/> 接種時に依頼書(原本またはコピー)を持参する。 <input type="checkbox"/> 依頼書の送付先： <input type="checkbox"/> ①住所 <input type="checkbox"/> ②居住地 <input type="checkbox"/> ③その他
処理者名 ( _____ )  ※処理したら☑	<input type="checkbox"/> 被接種者住民基本台帳・対象年齢確認 依頼先： <input type="checkbox"/> 接種希望医療機関 担当課： <input type="checkbox"/> 市町長 TEL： 確認日：_____年 月 日 本人に送付する依頼書：コピー・原本 <input type="checkbox"/> 依頼書交付年月日：_____年 月 日