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

予防接種券交付確認欄 ※該当に☑	□新規・□紛失 □被接種者住民基本台帳・対象年齢確認 □被接種者本人の意思確認がある。 □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：□窓口渡し　　郵送：□住所　□送付先住所 低所得者確認書類：　□なし （窓口申請：提示　郵送申請：添付） □証明書（医療機関用） □後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 □介護保険料決定通知書又は特別徴収額決定通知書 □写真付の本人確認証 □休日・夜間等受診票 **発券種類：□低所得者以外：Ｐ１（自己負担額３，０００円）** **□低所得者：Ｐ１（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。