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 …… 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（　　）　　－
接種予定医療機関名	（　　都・道・府・県　　市・町）
接種する予定日	年　　月　　日頃

受付者名 （　　） ※確認したら☑	□接種費用の支給についての説明 □被接種者本人の意思確認がある。 □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。 □接種時に依頼書（原本またはコピー）を持参する。 □依頼書の送付先：□①住所　□②居住地　□③その他
処理者名 （　　） ※処理したら☑	□被接種者住民基本台帳・対象年齢確認 依頼先：□接種希望医療機関　　担当課： □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 □依頼書交付年月日：　　年　　月　　日