広 域

高齢者広域予防接種券申請書

（インフルエンザ・新型コロナ・肺炎球菌・帯状疱疹用）

※太枠内を記入

申請年月日	年　　月　　日
接種する種類	□高齢者インフルエンザ　□高齢者新型コロナ　□高齢者肺炎球菌 □高齢者帯状疱疹（生水痘）　□高齢者帯状疱疹（組換え）（1回目・2回目） □低所得者に該当する（☑の場合、低所得者確認書類の提示又は添付が必要です。）
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 大正 ・ 昭和　　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（　　）　　－
接種を希望する医療機関名	（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） □介護保険料決定通知書又は特別徴収額決定通知書 □後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証 □証明書（医療機関用） □写真付の本人確認証 □休日・夜間等受診票 **発券種類** ・高齢者インフルエンザ：□低所得者以外：Ｈ１（自己負担額１，６００円）／□低所得者：Ｈ３（自己負担額０円） ・高齢者新型コロナ：□低所得者以外：Ｕ１（自己負担額２，１００円）／□低所得者：Ｕ３（自己負担額０円） ・高齢者肺炎球菌：□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） ・高齢者帯状疱疹：□低所得者以外（ビケン）：Ｏ１（自己負担額３，１００円）／□低所得者以外（シングリックス）：Ｏ２（自己負担額７，８００円）／□低所得者（ビケン）：Ｏ１（自己負担額０円）／□低所得者（シングリックス）：Ｏ２（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	交付確認欄（課長または次長）

＊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。