**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　　□介護保険料決定通知書又は特別徴収額決定通知書  郵送申請：添付　　□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）  　　　　　　　　　　　　　□低所得者以外（ビケン）：Ｏ１（自己負担額３，１００円）  ・高齢者帯状疱疹  　　　　　　　　　　　　　□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。