

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・带状疱疹用)

※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 ☐ 高齢者带状疱疹（生水痘） ☐ 高齢者带状疱疹（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 ・高齢者新型コロナ ・高齢者肺炎球菌 ・高齢者带状疱疹 ☐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） ☐低所得者以外：U1（自己負担額4,700円） ☐低所得者：U3（自己負担額0円） ☐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） ☐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