【保健予防課】

広 域

高齢者広域予防接種券交付申請書 （新規 ・ 再交付）

（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（申請者）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（　　）　－
接種を希望する医療機関名及び接種予定日	（広島県　市・町） 接種予定日：　年　月　日頃

※低所得者に該当する人で、低所得者確認書類の添付ができない場合、記入してください。

福山市長様

申請に当たり、私の世帯の市民税課税状況について確認されることに同意します。
なお、私の世帯員は、私の世帯員の市民税課税状況を確認されることに同意しています。
代理申請の場合、申請者が上記の内容について同意しています。

申請者名前　：

受付時確認欄 ※該当に☑	□　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。 予防接種券の交付方法：　（いずれかを添付） ①□住所地へ送付　②□送付先住所へ送付（□本人確認書類（申請者）／□居住が確認できる書類）　③□窓口渡し（□本人確認書類（来庁者）／□委任状（代理人の場合）） 低所得者確認書類：　□なし （いずれかを添付）（□介護保険の「納入通知書（保険料額決定通知書又は保険料額変更通知書）」／□後期高齢者医療資格確認書／□証明書（医療機関用）／□休日・夜間等受診票／□写真付の本人確認証） □健康管理システム確認（※要同意）
予防接種券交付確認欄 ※該当に☑	□　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。 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４，７００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４，１００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
ID 番号	
押印欄	受付者 / 担当者 / 交付確認欄（課長又は次長）

保予－2026.3.25