高齢者等の定期予防接種広域化実施に係る予診票交付申請書

令和　　年　　月　　日

山鹿市長　様

下記の通り、申請します。

<table>
<tr><td colspan="2">希望する高齢者等の定期予防接種
（〇を付けてください）</td><td colspan="4">新型コロナ　・　インフルエンザ　・　肺炎球菌　・　帯状疱疹</td></tr>
<tr><td colspan="2">予防接種を依頼する医療機関名
（正式名称をご記入ください）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療機関所在地
（医療機関の住所をご記入ください）</td><td colspan="4">（TEL：　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">被接種者
（接種を受ける本人）</td><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td></td><td>性別</td><td colspan="2">男　・　女</td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td>年　　月　　日</td><td>年齢</td><td colspan="2">歳　　か月</td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td colspan="4">（　　）</td></tr>
<tr><td>申請理由</td><td colspan="5">（例：かかりつけ医のため、入院中のため等）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td colspan="5">☐被接種者と同じ（記入不要）</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td></td><td>被接種者
との続柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td colspan="4">（　　）</td></tr>
<tr><td>添付書類
（本人および代理の方の住所・年齢の確認がとれるもの）</td><td colspan="5">☐　マイナンバーカード　　☐　運転免許証
☐　介護保険証　　☐　資格確認書
☐　パスポート　　☐　その他（　　）
☐　身体障害者手帳の写し（６０～６４歳）※該当の方のみ</td></tr>
</table>

交付番号	