

高齢者等の定期予防接種個別契約に係る申請書

令和 年 月 日

山鹿市長 様

住所：山鹿市

氏名：

電話番号：

(接種者との続柄：)

希望する高齢者等の定期予防接種 (○を付けてください)		带状疱疹 ・ 肺炎球菌 (生 ・ 組換え) 新型コロナ ・ インフルエンザ		
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)				
医療機関所在地 (医療機関の住所をご記入ください)		(TEL：)		
被接種者 (接種を受ける本人)	住 所			
	氏 名		性別	男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日	年齢	歳 ケ月
	電 話	()		
申請理由		(例：かかりつけ医のため、入院中のため等)		
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)		☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 介護保険証 ☐ 健康保険証 ☐ パスポート ☐ その他 () ☐ 身体障害者手帳の写し(60～64歳)		

交付番号	
------	--