

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。

希望する高齢者等の定期予防接種 (○を付けてください)		新型コロナ ・ インフルエンザ ・ 肺炎球菌			
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				
	ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女	
	生 年 月 日	年	月	日	年齢 歳
	電 話 番 号	()			
申請理由		(例：かかりつけ医のため、入院中のため等)			
申請者	☐ 被接種者と同じ(記入不要)				
	住 所				
	ふりがな 氏 名		被接種者 との続柄		
	電 話 番 号	()			
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) ※該当の方のみ			

交付番号	
------	--