

吉備中央町肺炎球菌予防接種申請書

吉備中央町長 様

住 所
申請者
氏 名

（申請者が代理人の場合、本人との続柄）

肺炎球菌予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

肺炎球菌ワクチン接種歴	あ る ・ な い
申 請 日	令和 年 月 日
接種を受ける方の氏名	
生 年 月 日	大正 年 月 日（満 歳） 昭和
家 族 等 連 絡 先	氏名 住所 TEL
接種希望する医療機関	医療機関名
接 種 希 望 年 月 日	令和 年 月 日

なお、代理申請の場合は、本人の意思確認ができていることを申し添えます。

* 65歳以上の方は被保険者証等年齢が確認できるもの、人工透析、呼吸機能障害の方は身体障害者手帳、在宅酸素治療の方は在宅酸素指示書を提示してください。