様式第１号（第５条関係）

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 |
|  | 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |
|  | 　大正　　　年　　月　　日（満　　　　歳）　昭和 |
|  | 　氏名　住所　TEL |
|  | 　医療機関名 |
|  | 　　　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。