

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、次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	年 月 日
接 種 を 受 け る 方 の 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日(満 歳)
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	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、個人番号カード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。	