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。 | | | |