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。 |