

日光市予防接種（高齢者用肺炎球菌）申込書

日光市長様

申請者 住所
氏名

高齢者用肺炎球菌の予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

申込日 令和 年 月 日

| | | |
|------------------|--|----------------|
| ふりがな | | 大・昭 |
| 接種を受ける方の氏名 | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) |
| 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 電話番号 | |
| 家族等連絡先 | 住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 氏名（続柄） 電話番号 | |
| 接種希望医療機関名 | | |
| 高齢者用肺炎球菌ワクチン接種回数 | ※該当する方に○をつけてください 初回 ・ 接種したことがある（前回の接種から5年以上経過） | |

※次に該当する方は身体障害者手帳の写し又は診断書の写しを申込書と併せて提出してください。

- ・ 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に著しい障がい有するもの（身体障害者手帳1級又は1級に相当する障がい）

.....

日光市予防接種（高齢者用肺炎球菌）申込書

日光市長様

申請者 住所
氏名

高齢者用肺炎球菌の予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

申込日 令和 年 月 日

| | | |
|------------------|--|----------------|
| ふりがな | | 大・昭 |
| 接種を受ける方の氏名 | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) |
| 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 電話番号 | |
| 家族等連絡先 | 住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 氏名（続柄） 電話番号 | |
| 接種希望医療機関名 | | |
| 高齢者用肺炎球菌ワクチン接種回数 | ※該当する方に○をつけてください 初回 ・ 接種したことがある（前回の接種から5年以上経過） | |

※次に該当する方は身体障害者手帳の写し又は診断書の写しを申込書と併せて提出してください。

- ・ 60歳以上65歳未満の者であって、心臓、腎臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に著しい障がい有するもの（身体障害者手帳1級又は1級に相当する障がい）