

国分寺市任意高齢者肺炎球菌予防接種承認申請書兼依頼書発行願

申請日 年 月 日

国分寺市任意高齢者肺炎球菌予防接種費用助成規則第 5 条第 1 項の規定に基づき、助成対象医療機関での任意高齢者肺炎球菌予防接種について、以下のとおり申請します。併せて、国分寺市任意高齢者肺炎球菌予防接種依頼書を発行願います。

また、この申請について、公簿等の照合により住民登録状況及び23価ワクチンの接種歴を確認すること並びに国分寺市が予防接種の結果報告を受けることについて同意します。

(被接種者) 申請者	住 所			電話 番号	
	フリガナ		性別	生年月日	
	氏 名 ※署名又は記名押印		男 ・ 女	年 (月 日 (歳)	
接種希望医療機関		医療機関名	電話番号：		
		住 所			
上記医療機関での接種を希望する理由					
接種希望日		年 月 日			
23価ワクチンの接種歴		接種歴の有無 (該当する方に○をしてください。)		有 ・ 無 (初回接種の方)	
		接種歴がある方は、直近の接種日から5年以上経過していますか。		□ はい ※接種歴があり、直近の接種日から5年以上経過している場合は上の□にレを記入してください。5年以上経過していない場合は対象外となります。	
				年 月 日 (不明の場合は右の□にレを記入 □)	
		接種歴がある方は、直近の接種日を記入してください。			

●依頼書等の送付先について、以下のいずれかを選択してください（□にレを記入）。宛名は申請者様宛とします。

□被接種者住所
□その他の住所（以下に御記入ください） 〒
※送付先の世帯の名字が異なる場合は「〇〇方」を、施設に入所している場合は施設名を明記してください。