

福崎町高齢者肺炎球菌予防接種助成申請書

年 月 日

福崎町長 様

（ 申 請 者 ）

住 所

氏 名

（ 続柄 ）

電話番号

—

高齢者肺炎球菌予防接種を受けたいので、下記のとおり申請します。

接種を希望する人	住 所				
	氏 名		男 女	生年 月日	年 月 日生 (満 歳)
接種を希望する医療機関	で 指 定 医 療 機 関 接 種	【医療機関名】			
	指 定 外 医 療 機 関 で 接 種	【医療機関名】	【所 在 地】		
該当する項目に○をつけてください	【指定外医療機関で接種する理由】				
	1. 当該医療機関に入院中等のため 2. かかりつけ医であり、接種する旨指導されたため 3. その他 ()				
1. 65歳以上 2. 過去5年以内にこの予防接種を受けたことがない 3. 肺炎球菌予防接種に対して健康保険等の適応がない 4. 生活保護受給者					