

高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種  
市外接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

健康推進課長 様

(市・町・村)の(医療機関名) において、

高齢者肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたいので依頼書の発行を申請します。

申請者	氏名	続柄 ( )
	住所	天理市 町
	電話	
被接種者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	昭和 年 月 日 : 満( )歳
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 天理市 町
	電話	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	市外接種理由 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他( )
費用	高齢者肺炎球菌 ワクチン	<input type="checkbox"/> 3,500円 <input type="checkbox"/> 無料(生活保護受給世帯)

生活保護受給世帯に該当される場合は、下記ご記入をお願いします。

高齢者肺炎球菌ワクチンの費用助成を受けたいので、生活保護受給票で確認  
または社会福祉課に該当かどうか確認することに同意します。

申請者氏名( )

市外接種の費用を徴収、または確認しました。

高齢者肺炎球菌ワクチン 3,500円

生活保護受給世帯(生活保護受給票・社会福祉課( )に確認)

確認者サイン( )