

高齢者予防接種券（広島県広域化）申請書

申請日 令和 年 月 日

接種券が必要な人 (接種希望者)	住所	〒739 - 東広島市										
	ふりがな											
	氏名											
	電話番号		マイナンバー									
	生年月日	大正/昭和/西暦 年 月 日 (歳)										
	希望する予防接種 (☑をつける)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 今までに肺炎球菌予防接種を受けたことがあります。 <input type="checkbox"/> はい(プレバナー・ニューモバックス) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 带状疱疹(生ワクチン) 今までに带状疱疹予防接種を受けたことはありますか。 <input type="checkbox"/> はい(弱毒生水痘ワクチン[生]・シングルクス[組換え] 1回/2回) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 带状疱疹(組換えワクチン)										
	接種医療機関 (予定)	(電話番号)										
予防接種費用の無料申請をしますか？ 可否の決定に必要な情報(世帯・課税・生活保護受給等)の確認について承諾します。												はい・いいえ

●本人以外が申請する場合は、記入してください。

申請者	<input type="checkbox"/> 家族(続柄: 同一世帯(内・外))	氏名			
	<input type="checkbox"/> 施設職員(施設名:)			電話番号	
	<input type="checkbox"/> その他の人(続柄:)				
委任欄	見出しの申請に関する一切の手続を上記の人に委任します。 署名 _____				

●広域接種券の送付先が、本人の住所と異なる場合は記入してください。

送付先	住所	〒 -		
	宛名	電話番号		

※次の欄は、記入しないでください。※それぞれに○をつける。(1)又は(2)によって確認し、○で囲む。

(マイナンバー記載の場合のみ)	マイナンバー記載の本人確認	①マイナンバーカード		本人を確認する書類⇒	不要	(1)運転免許証、旅券、身障手帳、在留カード等のいずれか1つ (2)被保険者証、年金手帳等その他適当と認める書類()のうち、1つ	
		②住民票写し・住民票記載事項証明書等					
	使用者	施設職員・ケアマネ等	⇒	不要	使用者確認不要	(1)マイナンバーカード、運転免許証、旅券、身障手帳、在留カード等のいずれか1つ (2)被保険者証、年金手帳等その他適当と認める書類()のうち、1つ	
	代理権確認	法定代理人	⇒	戸籍謄本又は登記事項証明書等	代理人を確認する書類⇒	確認者	※無料申請の場合のみ確認する。 世帯の市県民税 非・生・課 接種券 無料・有料 処理日 処理者 令和 年 月 日
	任意代理人	⇒	委任状(委任欄への記入)				
	同一世帯内	⇒	不要				
	同一世帯外	⇒	委任状(委任欄への記入)				
ID番号	インフルエンザ	0	5	8	0		
	新型コロナウイルス	0	5	8	0		
	肺炎球菌	0	5	8	0		
	带状疱疹	0	5	8	0		