

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）	☐ インフルエンザ		☐ 新型コロナウイルス											
		☐ 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か。 ☐ はい（プレベナー・ニューモバックス） ☐ いいえ											
☐ 帯状疱疹（生ワクチン）		今までに帯状疱疹予防接種を受けたことはありますか。 ☐ はい（弱毒生水痘ワクチン[生]・シングリックス[組換え] 1回/2回） ☐ いいえ													
☐ 帯状疱疹（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	☐ 家族（続柄： 同一世帯（内・外））	氏名	
	☐ 施設職員（施設名： ）		
	☐ その他の人（続柄： ）	電話番号	
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	
		②住民票写し・住民票記載事項証明書等			(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	
	使者	施設職員・ケアマネ等 ⇒	不要	使者確認不要	(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	
		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						
	帯状疱疹	0	5	8	0						
		0	5	8	0						

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	