

高齢者予防接種（無料・広域化・県外）申請書

東広島市長 様

高齢者予防接種費用無料証明書の交付(再交付)を受けたいので、次のとおり申請します。交付の可否の決定の際に、住民基本台帳、市県民税課税台帳等により世帯の状況、課税状況や生活保護受給状況等を確認することについて承諾します。

また、予防接種委託外医療機関での接種を希望する場合には、東広島市予防接種費助成要綱第4条の規定により依頼申請書として本申請書を提出します。

		申請日	令和	年	月	日
接種を希望する人	住所	〒739 - 東広島市				
	ふりがな					
	氏名					
	電話番号					
	生年月日	大正／昭和／西暦 年 月 日 (歳)				
接種予定	希望する予防接種 (☑をつける)	☐ 新型コロナウイルス		☐ 肺炎球菌		
		☐ インフルエンザ				
		☐ 带状疱疹 → ☐ 生ワクチン ☐ 組換えワクチン (☐ 1回目 ☐ 2回目)				
	接種歴	肺炎球菌ワクチン を接種したことがある → ☐ はい※ ☐ いいえ ※過去に接種歴のある方は、医師の判断により接種できない場合があります。 带状疱疹ワクチン を接種したことがある → ☐ はい※ ☐ いいえ				
	接種医療機関 (予定)	☐ 東広島市内		☐ 東広島市外（広島県内）		☐ 県外
		医療機関名	医療機関名を記入又は、受託医療機関一覧にあれば☑をつける ☐ 受託医療機関一覧			
	市外・県外接種の場合は以下も記入					
	市外・県外接種	医療機関住所				
		医療機関電話番号				
	県外接種の理由					

●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： ）	ふりがな	
	☐ 同一世帯 ☐ 別世帯（同一住所）	氏名	
	☐ 別世帯（別住所）	生年月日	昭和／平成／西暦 年 月 日
	☐ 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 _____		

●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	

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	