

高齢者の肺炎球菌感染症予防接種

実施依頼書交付申請書

受付者（〒は收受印）

注意：本人、家族以外は申請できません。

本人の接種意思がある		はい ・ いいえ※いいえの場合はこの予防接種は受けられません	
これまでに肺炎球菌感染症予防接種を1度も受けたことがない (公費・自費関係なく)		はい ・ いいえ ※いいえの場合は公費の対象外です。	
接種希望者	氏名		
	生年月日	大正・昭和	年 月 日 (満 歳)
	住所	長岡京市	
	電話番号		
理由	<input type="checkbox"/> 他市町村への長期滞在の為 <input type="checkbox"/> 主治医のところで接種したい為 <input type="checkbox"/> その他 ()		
接種医療機関	医療機関名 住所 <input type="checkbox"/> 滞在先市町村の委託医療機関と確認済みです		
依頼先	<input type="checkbox"/> 市町村 () <input type="checkbox"/> 医療機関		
滞在先住所	〒 電話 () -		
滞在予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで		
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> その他 (〒 様 宛)		
上記の理由により肺炎球菌感染症予防接種実施依頼書の交付を申請します。 令和 年 月 日 長岡京市長様 申請者・代理者 住所 〒 (自署) 氏名 (続柄) 電話 () -			

確認事項

- 接種歴なし (NIGHTS・任意) 年齢 申請者 (保険証 免許証)
 自己負担免除 (有 無) 説明書で説明済 償還払い申請書渡し済み 接種券回収
 60~64 歳身障手帳コピー