

美浜町広域予防接種連絡票交付申請書（B類疾病）

【兼 高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種自己負担金 免除申請書】

令和 年 月 日

美 浜 町 長 様

申請者(窓口に来た人)

住 所 美浜町

氏 名

(印)

電話番号()

被接種者との続柄()

このことについて、下記の申請理由のとおり加療中等であり、美浜町外での予防接種を希望しますので、次のとおり広域予防接種連絡票の交付を申請します。

住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ(申請者本人) 美浜町	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ(申請者本人) 0569— —
フリガナ		生年月日	大正 年 月 日
被接種者氏名 (予防接種を受ける方)	性別(男・女)		(満 歳)
希望する医療機関で広域予防接種が出来ることを確認していますか？ はい・いいえ ※確認できていない場合は申請できません。			
接種を希望する医療機関名 ・所在地	医療機関名		
	所在地		
申請理由	1 かかりつけ医 2 長期入院治療 3 高齢者施設入所 4 その他()		

※過去に肺炎球菌ワクチン「23価ホリスaccaライド[®](ニューモバックスNP)」の接種を受けたことがある場合は、高齢者肺炎球菌は申請できません。

※以下、免除申請をされる方のみご記入ください。

高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種 に係る自己負担金の免除申請に関する事項

予 防 接 種 名			
高齢者インフルエンザ予防接種 (自己負担金 1,300円)		高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種 (自己負担金 3,000円)	
免除理由	・生活保護世帯に属する者	免除理由	・生活保護世帯に属する者
<input type="checkbox"/> 私は、上記の免除理由により（高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌ワクチン）予防接種にかかる自己負担金免除理由に該当することを証明してください。 なお、証明するために、私及び世帯全員の生活保護の受給状況について、美浜町の担当職員が調査することを承諾します。			

事務 処 理 欄	課 長	主 幹・補 佐	係 長	証明書発行者	調 査 確 認	受 付
					・生活保護世帯員 (※別冊リストに基づき福祉課担当へ確認)	