

# 高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種予診票交付・再交付申請書

申請日 年 月 日

高齢者肺炎球菌ワクチン					
<div style="background-color: yellow; padding: 2px;">                     ※市外医療機関での接種は、接種時年齢が65歳の方のみとなります。                 </div>					
氏名				高齢者肺炎球菌ワクチン 予防接種歴(23 価)	有・無
住所	加須市				
電話番号				生活保護または 中国残留邦人等の支援	有・無
生年月日	大・昭	年	月	日生	接種時 年齢
接種実施(予定) 医療機関・施設名	市内 (古河市含む) ・ 市外				
再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> その他	受付者		確認者

(代理申請の場合)

申請者氏名 ( ) 連絡先 \_\_\_\_\_

私は、申請者を代理人と認め、個人番号の提供を委任します。 氏名 \_\_\_\_\_