

# 高齢者予防接種予診票(交付・再交付)申請書

被接種者名			生活保護または 中国在留邦人等支援の受給	有・無
生年月日	大・昭 年	月	日	接種時年齢 歳 年度末年齢 歳
住所	加須市			
電話番号	— —	携帯		
接種歴確認 (本人申告)	肺炎球菌	23価肺炎球菌ワクチン(ポリサッカライド)		<input type="checkbox"/> 接種歴あり <input type="checkbox"/> 接種歴なし
	带状疱疹	生ワクチン(ビケン:乾燥弱毒生水痘ワクチン)		<input type="checkbox"/> 接種歴あり <input type="checkbox"/> 接種歴なし
		不活化ワクチン(シングリックス:組換えワクチン)		<input type="checkbox"/> 1回接種歴あり <input type="checkbox"/> 2回接種歴あり <input type="checkbox"/> 接種歴なし
<p>接種を希望するため、次のとおり予診票の交付・再交付を申請します。</p> <p>なお、重複接種の場合は、接種費用を全額自己負担します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者が被接種者と異なる場合は以下をご記入ください。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">被接種者との関係 _____</p>				
希望する予診票		接種予定の医療機関		
<input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン		<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 古河市内 <input type="checkbox"/> 市外(古河市除く) <small>※市外医療機関で接種できるのは、接種時年齢が65歳の方のみ</small>		
<input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン 【生ワクチン(ビケン:乾燥弱毒生水痘ワクチン)】		<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 古河市内 <input type="checkbox"/> 市外(古河市除く)		
<input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン 【不活化ワクチン(シングリックス:組換えワクチン)】 <input type="checkbox"/> 1回目用 ・ <input type="checkbox"/> 2回目用		<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 古河市内 <input type="checkbox"/> 市外(古河市除く)		
申請理由	<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 再交付( ) <input type="checkbox"/> その他( )			

未接種確認	<input type="checkbox"/> 健康かるて <input type="checkbox"/> 口頭 <input type="checkbox"/> その他( )			
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送			
交付場所	<input type="checkbox"/> いきいき健康医療課 総合支所( <input type="checkbox"/> 騎西 <input type="checkbox"/> 北川辺 <input type="checkbox"/> 大利根)			
			受付者	確認者