高齢者肺炎球菌・帯状疱疹予防接種予診票（交付・再交付・依頼書）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	固定電話	—　　—	携帯電話	—　　—
	※日中連絡が付きやすい番号をご記入ください。			
接種歴確認 （本人申告）	肺炎球菌	肺炎球菌ワクチン	☐接種歴あり　☐接種歴なし	
	帯状疱疹	生ワクチン（ビケン）	☐接種歴あり　☐接種歴なし	
		不活化ワクチン（シングリックス）	☐1回接種歴あり　☐2回接種歴あり ☐接種歴なし	
※居住地	施設名　　所在地			

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。

なお、重複接種の場合は、接種費用を全額自己負担します。

令和　　年　　月　　日

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。

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿

希望する予診票	接種予定の医療機関
☐ 肺炎球菌ワクチン 【20価：プレベナー20】	☐ 市内 ☐ 古河市内 ☐ 市外（古河市除く）
☐ 帯状疱疹ワクチン 【生ワクチン（ビケン）】	☐ 市内 ☐ 古河市内 ☐ 市外（古河市除く）
☐ 帯状疱疹ワクチン 【不活化ワクチン（シングリックス）】 ☐1回目用 ・ ☐2回目用	☐ 市内 ☐ 古河市内 ☐ 市外（古河市除く）
申請理由	☐市外接種　☐紛失　☐転入　☐その他（　　）

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