

高齢者肺炎球菌「予防接種依頼書・連絡書」発行申込書

高齢者肺炎球菌ワクチンは本人の意思で接種を希望されている方が受ける予防接種です。

対象者 (※申込前に対象であることをご確認ください)		①令和4年度中に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる方			
		②過去に肺炎球菌の予防接種を受けたことがない方			
被接種者の氏名	フリガナ	生年月日	明治 大正 昭和	年	月 日 (歳)
被接種者の住所 (住民登録上の正確な住所)	〒659- 芦屋市 町 番 号	性別	男・女・()		
電話番号 (連絡の取れる番号)				健康手帳	<input type="checkbox"/> 新規交付希望 <input type="checkbox"/> 再交付希望 <input type="checkbox"/> 不要
申込理由 *あてはまるものに○をつけてください	1 かかりつけ医での接種を希望 2 入院中 3 長期滞在中 滞在先() 4 施設入所中 施設名() 施設の住所()				
接種する医療機関	施設入所中の方は施設名とは異なる医療機関の医師が接種することがあります。接種する医師が所属する医療機関をご確認の上、ご記入ください。				
接種する医療機関の所在地					
接種する医療機関の電話番号					

ご本人ではない方が申し込みをされる場合は以下もご記入の上、本人確認書類をご準備ください。

郵送の場合は被接種者、申請者の本人確認書類のコピーを同封ください。

本人確認書類は、原則、公的機関が発行した顔写真が付いたご本人であることが確認できる書類をご提出ください。

申請者氏名	フリガナ	申請者の本人確認書類	被接種者の本人確認書類
電話番号(連絡の取れる番号)		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (番号部分不要)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード (番号部分不要)
被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 夫・妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証(上記書類が提出できない場合のみ)
送付先住所	<input type="checkbox"/> 被接種者の住所へ送付	送付先が被接種者の住所と異なる場合のみご記入ください。(返信用封筒に記入した住所)	

以下は職員が記入しますので、記載不要です。

共通事項	<input type="checkbox"/> 対象年齢(発行当日65歳以上)	<input type="checkbox"/> 発行履歴	<input type="checkbox"/> 接種歴
<input type="checkbox"/> 6市1町	<input type="checkbox"/> 医療機関 医療機関名()		
<input type="checkbox"/> 広域	<input type="checkbox"/> 医療機関 医療機関名()		医療機関 NO.()
<input type="checkbox"/> 県外	<input type="checkbox"/> 医療機関 医療機関名()		<input type="checkbox"/> 償還払い案内
受理方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	発行	確認 受付