

高齢者肺炎球菌「予防接種依頼書・連絡書」発行申込書（高齢者施設一括申請用）

高齢者肺炎球菌ワクチンは本人の意思で接種を希望す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芦屋市に住民票があること	
	③過去に肺炎球菌の予防接種を受けたことがない方	
接種希望者	人	※必須 別紙希望者名簿のとおり (氏名、性別、生年月日、年齢、住所)
施設名		
申請者(代表者)		
施設住所	〒	
電話番号		
接種する医療機関	<input type="checkbox"/> 施設名 と同じ	施設名と異なる場合は、記入してください
接種する医療機関の住所と電話番号	<input type="checkbox"/> 施設名 と同じ	施設名と異なる場合は、記入してください TEL:

※来所の場合は①は窓口で提示、②はコピーをご持参ください。

郵送の場合は①②のコピーを同封ください。返信用封筒は角2サイズ以上で切手を貼付ください。(切手の金額はホームページをご参照ください。)

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。

①申請者の本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(番号部分不要) <input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証
②接種希望者の本人確認書類 (接種希望者全員分)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(番号部分不要) <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)	<input type="checkbox"/> 運転免許証

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(別紙)	<input type="checkbox"/> 接種履歴(別紙)
<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

別紙

高齢者肺炎球菌「予防接種依頼書・連絡書」発行 希望者名簿

(施設名:)

No.	氏名	性別	生年月日	年齢	住所(住民票)	※職員記入欄	
						発行	接種
1					芦屋市 町 番 号		
2					芦屋市 町 番 号		
3					芦屋市 町 番 号		
4					芦屋市 町 番 号		
5					芦屋市 町 番 号		
6					芦屋市 町 番 号		
7					芦屋市 町 番 号		
8					芦屋市 町 番 号		
9					芦屋市 町 番 号		
10					芦屋市 町 番 号		
11					芦屋市 町 番 号		
12					芦屋市 町 番 号		
13					芦屋市 町 番 号		
14					芦屋市 町 番 号		
15					芦屋市 町 番 号		