

様式第1号(第6条関係)

新見市高齢者肺炎球菌予防接種券交付申請書

年 月 日

新見市長 様

申請者

住 所

氏 名

(押印不要)

連絡先 () -

(申請者が代理人の場合、本人との続柄)

次のとおり、高齢者肺炎球菌予防接種を受けたいので接種券の交付を申請します。

| | |
|--------------|--------------------|
| 被 接 種 者 氏 名 | |
| 被 接 種 者 住 所 | |
| 生 年 月 日 | 大正・昭和 年 月 日 (歳) |
| 連 絡 先 | |
| 高齢者肺炎球菌予防接種歴 | あり ・ なし |
| | 「あり」の場合、()年に接種した。 |

※本人が接種を希望する場合にのみ行います。本人の意思の確認が困難で、家族又はかかりつけ医の協力によっても意思確認ができない場合は接種を行うことはできません。

※発熱等、体調が悪いときは接種できません。

| 交付 | 却下理由 | 結果 |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 窓口にて交付 <input type="checkbox"/> 郵送 | <input type="checkbox"/> 既に市の助成を受けているため <input type="checkbox"/> 該当年齢ではないため <input type="checkbox"/> 接種間隔が5年未満のため <input type="checkbox"/> 新見市の住民ではないため | <input type="checkbox"/> 口頭にて説明 <input type="checkbox"/> 却下通知書交付 |