

B 類疾病定期

予防接種予診票交付申請書

課長	係長	主査	係

嘉島町長 様

令和 年 月 日

【申請者（窓口に来た人）】

住 所 _____

氏 名 _____（続柄 _____）

電 話 _____ — —

【申請理由】該当する理由のすべてに○をつけてください。

- () 嘉島町外のかかりつけ医療機関で接種を希望するため
- () 60 歳以上 64 歳以下であり、心臓・腎臓・呼吸器や免疫機能に身体障害者手帳 1 級相当の障害があるため
- () 生活保護世帯に該当のため

定期予防接種予診票の交付を申請します。

なお、生活保護世帯該当により、費用負担軽減を受けるため被接種者の生活保護状況を調査することに承諾します。

【被接種者（接種を受ける者）】※同一世帯の方（2 名まで）まとめて申請することができます。

住 所	嘉島町大字	☐ 申請者と同じ
フリガナ		接種医療機関名
氏名		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
希望する 予防接種	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ☐ 高齢者の肺炎球菌	
フリガナ		接種医療機関名
氏名		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
希望する 予防接種	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ☐ 高齢者の肺炎球菌	

【役場確認欄】※以下は、記入しないでください。

身障手帳 (60-64 歳のみ確認)	生活保護 (該当者のみ確認)	接種歴 (肺球のみ)	住基	対象 年齢	広域対応 医療機関	対応者 サイン	申請 方法	予診票 発送日
手帳コピー・ その他 ()	受給者証・福祉課 担当者署名 ()						窓口 郵送	/