

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 _____ — —

下記の理由に該当するため、定期予防接種予診票の交付を申請します。（該当するもの全てに○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
※なお、費用負担軽減を受けるため、町が生活保護状況を調査することに承諾します。
- () 予防接種対象者通知又は予診票を紛失したため（再発行）

【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		希望する予防接種
氏 名		☐ インフルエンザ
生年月日(年齢)	明・大・昭 年 月 日 (歳)	☐ 新型コロナウイルス
接種医療機関名		☐ 肺炎球菌
フリガナ		希望する予防接種
氏 名		☐ インフルエンザ
生年月日(年齢)	明・大・昭 年 月 日 (歳)	☐ 新型コロナウイルス
接種医療機関名		☐ 肺炎球菌

【役場記入欄】 ※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、带状疱疹)	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	/