

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
フリガナ		希望する予防接種
氏 名		<input type="checkbox"/> インフルエンザ
生年月日(年齢)	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス
接種医療機関名		<input type="checkbox"/> 肺炎球菌
		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹(生・不活化)
フリガナ		希望する予防接種
氏 名		<input type="checkbox"/> インフルエンザ
生年月日(年齢)	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス
接種医療機関名		<input type="checkbox"/> 肺炎球菌
		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹(生・不活化)

【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、帯状疱疹)	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	/