

広域的予防接種申込書

年 月 日

上郡町長 あて

【申請者】住 所
氏 名 (続柄)
電話番号 () -

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住 所	□申請者と同じ 上郡町		
	氏 名	□申請者と同じ	生年 月日	年 月 日生 (満 歳 カ月)
受ける予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種			
接種を希望する医療機関	所在地	兵庫県		
	医療機関名			
接種希望日	年 月 日			
広域的予防接種を希望する理由				
生活保護受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (※保護決定通知書または生活保護受給証明書が必要)			
送付先(郵送時)	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 接種者住所 <input type="checkbox"/> その他 〒 - 住所： 氏名：			

***個人情報の保護について**

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。

※郵送の場合、同封するものの確認欄

<input type="checkbox"/>	①この申込書
<input type="checkbox"/>	②本人確認書類のコピー (運転免許証、個人番号カード[おもて面のみ]、健康保険証等) *申請者と接種者が異なる場合は、それぞれの本人確認書類が必要です
<input type="checkbox"/>	③その他 ・第3者(代理人)が請求する場合は、委任状が必要です ・生活保護受給者の方は、保護決定通知書(コピー)または生活保護受給証明書が必要です ・60~64歳の方で対象となる方は、身体障害者手帳のコピーが必要です

*書類の発行には、申請書受付け後、約1~2週間程かかります。郵送の時間もご考慮いただき、余裕をもって申請してください。