

高齢者予防接種（承認書・依頼書）交付願

予防接種法に基づいて行う予防接種を下記の理由で実施するにあたり、承認書の交付をお願いいたします。

なお、予防接種料金確認のため、市が必要とする税情報等(市民税非課税世帯・生活保護)を確認することについて理解し、同意します。(はい ・ いいえ)

(申請を希望する予防接種の種類に○をつけてください。)

予防接種の種類	高齢者インフルエンザワクチン予防接種 (今年度のインフルエンザワクチンの接種は1回目ですか はい・いいえ)		
	高齢者新型コロナワクチン予防接種 (今年度の新型コロナワクチンの接種は1回目ですか はい・いいえ)		
	高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種 (過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことがありますか はい・いいえ)		
	高齢者带状疱疹ワクチン予防接種 (過去に带状疱疹ワクチンの接種を受けたことがありますか はい・いいえ)		
接種を受ける方	住所	桜井市	
	氏名		
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)
	電話番号		
申請理由	かかりつけ医・入院(所)中・その他()		
接種希望医療機関	医療機関名・施設名		
	市町村名		
接種時滞在先 ※住民票と異なる場合記入	〒 電話番号 (様方)		

桜井市長 松井 正剛 様

令和 年 月 日

申請者 住所 _____
 氏名 _____ (続柄: _____)
 電話 _____

関係者記入欄	無料	生保		書類・受給証で確認	
		非課税		健康かるて等で確認	
	有料	料金徴収		領収書発行	
	請求書送付			償還払い	