

- インフルエンザ
- 肺炎球菌(23価)

予防接種予診票等交付兼減免申請書

※希望される予防接種に✓

申請日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

* 太枠の中(申請者、受ける人、郵送先等)を、ご記入ください

申請者	氏名			
	住所			
	電話番号		被接種者との続柄	

予防接種を受ける人	氏名	生年月日	予診票	減免申請	接種(希望)医療機関等名
		T・S・H・R . .	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 持参	<input type="checkbox"/> 有	()市・町・村
		T・S・H・R . .	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 持参	<input type="checkbox"/> 有	()市・町・村
		T・S・H・R . .	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 持参	<input type="checkbox"/> 有	()市・町・村
		T・S・H・R . .	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再交付 <input type="checkbox"/> 持参	<input type="checkbox"/> 有	()市・町・村

【郵送先】(返信用封筒を同封ください)

申請者住所と同じ その他(下欄に記入ください)

〒
住所
氏名

【添付書類】
○身分証明書の写し(接種者及び申請者)

【注意事項】

○茨城県内定期予防接種広域事業に協力している医療機関で接種できます。
 ※入院入所により県外の医療機関で受けなければならない場合は、必ず接種前に健康増進課(鉾田保健センター)へご相談ください。(電話 0291-33-3691)

○肺炎球菌は、接種したことのある方は定期接種の対象になりません。
 ○年齢要件を満たしている生活保護受給の方、もしくは60～65歳未満で、心臓、腎臓又は呼吸器の機能等で身体障害者手帳(内臓障害1級程度)の方は、接種前に申請が必要となりますので電話にてご確認ください。

【市 確認用欄】

被接種者要件確認

1 本人確認 保険証等 運転免許証 マイナンバーカード
 その他()

2 申請者 保険証等 運転免許証 マイナンバーカード
 その他()

3 要件確認 予防接種管理 生保受給 身障手帳

要件確認	<input type="checkbox"/> 済 ・ <input type="checkbox"/> 未()	特記入力	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
予診票交付枚数	<input type="checkbox"/> 済(枚) ・ <input type="checkbox"/> 未(郵送・窓口)	免徐印	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未