**令和3年度　高齢者肺炎球菌指定外医療機関接種申請書（個人用）**

※与謝野町役場保健課に提出してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種を受ける人 | ふ　り　が　な |  |  | |  | |  | |  |  | |
| 氏　　名 |
| 住　　所 | 与謝野町字　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治 大正　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（満　　　　歳） 昭和 | | | | | | | | | |
| 予防接種を 受ける 医療機関 | 病院又は施設名 |  |  | |  | |  | |  |  | |
| 病院又は施設長名 |  |  | |  | |  | |  |  | |
| 住　　所 | **〒** |  | |  | |  | | 電話( | ） | |
| 上記医療機関で受ける理由 | |  |  | |  | |  | |  |  | |
| 予防接種を受ける人は生活保護世帯ですか | | はい ・ いいえ | | | ⇒「はい」の場合、京都府交付の保護決定通知書は  ありますか。　　はい　・　いいえ | | | | | | |
| 無料接種券の申請 | | 要　・　不要 | | | ⇒「要」生活保護世帯かどうか町保健課が確認することに  同意しますか。　はい　・　いいえ | | | | | | |
| ※生活保護世帯の確認には、時間がかかります。確認後、依頼をいたします。ご了承ください。 | | | | | | |
| 申請者 | ふ　り　が　な |  | |  | |  | |  | 予防接種を 受ける人 との続柄 | |  |
| 氏　　名 |
| 住　　所 | 〒 | |  | |  | |  |  | |  |
| 電　　話 |  | |  | |  | |  |  | |  |

町保健課から確認や問合せが必要な場合の連絡先　（該当するものに○をしてください。③の場合は電話番号を記入）

① 予防接種を受ける人と同じ　　② 申請者と同じ　　　③ その他 電話番号〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

予診票等の必要書類送付先

（該当するものに○をしてください。③の場合は送付先を記入）

① 予防接種を受ける人宛て ② 申請者宛て　 ③接種医療機関へ直接送付

④ その他　住　所 〒

あて先