

倉敷市長 あて

令和 年 月 日

## 申請者 (代筆可)

住所	〒 -	予防接種を受ける人との関係 (該当する項目に☑)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 3親等以内の親族 (続柄: ) <input type="checkbox"/> 委任を受けた人
氏名			
電話番号	- -		

次の被接種者の(高齢者)肺炎球菌予防接種予診票の交付を申請します。

つきましては、倉敷市保健所が被接種者の予防接種台帳、住民基本台帳を確認することに同意します。

本人以外が申請する場合、代理申請に同意しています。

また、接種時の年齢が満60歳以上満64歳の被接種者は、障がい要件に該当する場合のみ申請します。

## 被接種者 (予防接種を受ける人)

フリガナ 氏名	生年月日	住民票上の住所 (☑もしくは記入)
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 申請者欄住所と同じ <input type="checkbox"/> 申請者欄住所と別 (住所を記載してください) 倉敷市

## 予診票の交付対象者の確認 (該当する項目に☑)

申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 転入による <input type="checkbox"/> その他 ( )
23価肺炎球菌ワクチンの接種歴がありますか?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→対象外
予防接種予定日は満65歳以上66歳未満ですか?	<input type="checkbox"/> はい

※障がい要件

心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害で障がい者手帳1級程度。

障がい者手帳1級程度であることの証明 (障がい者手帳の写し、または医師の診断書の写し) の添付が必要です。

受付者		受付年月日	R	受付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
本人確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 生保受給証明 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 職員証 (施設等) <input type="checkbox"/> 他 ( )				
添付書類	・委任を受けた人 (代理人) による申請→委任状				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	・成年後見人による申請→後見人を確認できる書類				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	・接種時年齢が満60歳以上満65歳未満→障がい要件に該当する証明				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	・送付先を申請者の住所に変更→倉敷市肺炎球菌ワクチン接種券送付先変更願				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
交付者		交付年月日	R	確認者	
				交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口・ <input type="checkbox"/> 郵送