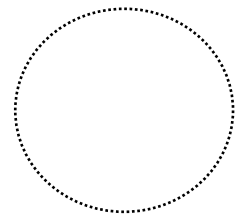


大野城市高齢者肺炎球菌予防接種実施申請書



接種を希望される方へ：太枠内にご記入ください。

(宛先) 大野城市長

次のとおり、大野城市高齢者肺炎球菌予防接種実施規則の規定により申請します。

また、自己負担金の決定に当たって、被保護世帯又は市民税非課税世帯に属するかどうか調査することに同意します。

| | | | | |
|------------|-----------|-----|----|------|
| 申請者 | 申請日 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 電話番号 | () | — | |
| 接種を受ける人の氏名 | ふりがな..... | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日生 | (歳) |
| 接種予定日 | 年 | 月 | 日 | |

窓口に来られた方が申請者本人以外の場合

| | | | | |
|------------------|---|--------------|-----|---|
| 代理者住所 | | | | |
| 代理者氏名 (代理者署名) | ふりがな..... | 代理者の 電話番号 | () | — |
| 本人との続柄 | | | | |
| 委任状 | 私（申請者）は上記の代理者に申請に係る権限を委任します。 年 月 日 委任者（申請者本人）氏名 (自署又は記名押印) | | | |

| 質問事項 | | 回答欄 | | 備考欄 |
|---|--|-----|-----|---------------------------|
| 過去に沈降20価肺炎球菌結合型ワクチン又は23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン等の肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか？ | | いいえ | はい | |
| 【以下の質問は、受けたことがある人のみ回答してください。】 | | | | |
| ①又は②に該当しますか？ | ①接種日時点65歳の人 ②接種日時点60～64歳の人で、心臓・腎臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫のいずれかの機能に重度の障害がある人 | はい | いいえ | 66歳以上で過去に受けたことがある人は対象外です。 |
| 過去に受けたときは、自費で接種しましたか？ (市の高齢者肺炎球菌予防接種ではなく、全額自己負担で接種した。) | | はい | いいえ | |
| 今回、高齢者肺炎球菌予防接種を受けることについて医師に相談し、医師は予防接種が必要と認めましたか？ | | はい | いいえ | |

〔 該当する場合は○で囲んでください。 非課税世帯 ・ 生活保護世帯 〕