

令和5年度 高齢者肺炎球菌ワクチン定期予防接種予診票 交付申請書

住所	桑名市
TEL	
フリガナ	
氏名	
生年月日	T . S 年 月 日
※該当する箇所に チェックをしてください。	昭和34年4月2日～昭和39年4月1日生まれの方 ・心臓、腎臓又は呼吸器の機能に日常生活が極端に制限される程度の障害を有する方 ・ヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方
	昭和33年4月2日～昭和34年4月1日生まれの方
	昭和28年4月2日～昭和29年4月1日生まれの方
	昭和23年4月2日～昭和24年4月1日生まれの方
	昭和18年4月2日～昭和19年4月1日生まれの方
	昭和13年4月2日～昭和14年4月1日生まれの方
	昭和8年4月2日～昭和9年4月1日生まれの方
	昭和3年4月2日～昭和4年4月1日生まれの方
	大正12年4月2日～大正13年4月1日生まれの方
高齢者肺炎球菌ワクチン *予防接種歴	有 . 無 ※有の方は、定期接種の対象外となります。

※高齢者肺炎球菌ワクチンとは、23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチンとなります。

下記の理由により交付をお願いします。

記

- (理由) ・紛失 ・転入 ・予診のみ実施 ( 月 日実施)  
 ・通知書未着 ・その他 ( )

定期外接種の場合は、全額自己負担にて接種をすることに同意します。  
 ※上記  にチェックが無い場合は、予診票の再交付はできません。

あて先 桑名市長  
 令和 年 月 日 申請者氏名 .....

桑名市記入欄	発行 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未→受け取り方法 <input type="checkbox"/> 来所 (場所: ) <input type="checkbox"/> 郵送 ( / 送付)
	健康かるて接種歴チェック <input type="checkbox"/>

受付印