成人用肺炎球菌ワクチン接種申請書【60～64歳の基礎疾患＊を有する方】

＊心臓、腎臓もしくは呼吸器機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害

　申請日　　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 被接種者との続柄 | □本人　　□配偶者　　□同一世帯員　　　□その他（　　 　　　　　　　　） |

**【申請者】**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 | □申請者と同じ |  |
| 住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 生年月日 |  昭和　　　　　　年　　　　　　　　　月　　　　　　　　　日 |
| 送付先住所 | □申請者と同じ | 〒 |
| 生活保護 | □受給している　　　□受給していない |

**【被接種者】**

* 上記の基礎疾患により**障害者手帳１級**の交付を受けている方が対象です。等級の確認できるページの写しを添付してください。
* 生活保護受給世帯の方は無料券も発行します。
* 過去に23価肺炎球菌莢膜ポリサッカワイドワクチンを１回以上接種した方は接種の対象外です。