

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

【申請者】

ふりがな				
氏名				
住所	〒			
電話番号				
被接種者 との続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 同一世帯員	<input type="checkbox"/> その他 ()

【被接種者】

ふりがな			
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
生年月日	昭和	年	月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒	
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給している	<input type="checkbox"/> 受給していない	

- ※ 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ライドワクチンを1回以上接種した方は接種の対象外です。