

高齢者用肺炎球菌ワクチン任意接種費用助成対象者予診票（兼接種券）発行申請書

令和 年 月 日

（申請先）佐久市長

高齢者用肺炎球菌の予防接種を受けたことがありますか。（はい・いいえ）

今回任意接種を希望する理由について該当する物に○をしてください。

・勧められた(主治医・家族) ・病気が心配 ・その他（ ）

接種希望者（接種を受ける方）

住 所 佐久市 電話

氏 名 男 ・ 女

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日生 （年齢 歳）

代理人となる方

住 所 電話

氏 名 （続柄 ）

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

私は、肺炎球菌ワクチンの予防接種を自らの意思と責任で接種を希望します。

つきましては、佐久市肺炎球菌ワクチンの接種費用の助成を希望します。

※市記入欄

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）	交付番号	受付者
代理人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
接種歴確認	1 なし 2 あり 非該当（ 接種済 ）		