

【高齢者】予防接種券申請書

広域

		申請日	令和	年	月	日
接種を希望する人	希望する 予防接種	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナワクチン ☐ 肺炎球菌 ☐ 带状疱疹 (☐ 生ワクチン ☐ 組換えワクチン) ☐ 带状疱疹 → 今までに接種したことがありますか ☐ いいえ				
	非課税世帯	☐ 市民税非課税世帯に該当する (☒ の場合、費用免除申請が必要です。)				
	ふりがな					
	氏名					
	住所	〒 - 尾道市				
	電話番号		マイナンバー			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)				
	接種する 医療機関 (予定)	(広島県 市・町)				

●本人（上記の、接種を希望する人）以外が申請する場合は、記入してください。

申請者	☐ 家族	続柄： 同一世帯（内・外）	氏名	
	☐ 施設職員	施設名：		
	☐ その他	続柄：	電話番号	

※同一世帯以外の方が申請する場合は、署名、添付書類が必要です。

委任者	予防接種手続に係る一切の権限を、上記の者に委任します。 署名 _____ ㊟ ※自署の場合、押印不要です		
添付書類	委任した場合、次の書類を添付してください。（同一世帯の場合は不要） ☐ 委任者本人確認書類の写し（免許証、保険証等） ☐ 申請者本人確認書類の写し（免許証、保険証等） ※成年後見人の場合は、成年後見人であることがわかる書類の写し		

●送付先が本人の住所と異なる場合は記入してください。

送付先	住所	〒 -		
	宛名		電話番号	

※以下、市記入欄のため記入しないでください。

市記入欄	☐	インフルエンザ	☐	有料
	☐	新型コロナワクチン		
	☐	肺炎球菌		
	☐	带状疱疹（生ワク）	☐	無料
	☐	带状疱疹（組換え）		

確認書類	☐ 本人 マ・免・保・その他 ()		
	☐ 申請者 マ・免・保・その他 ()		
	処理日		処理者
	令和 年 月 日		