

## 【高齢者】予防接種券申請書

広域

|                      |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |  |  |  |
|----------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--|--|
|                      |                        | 申請日                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 令和 7 年 11 月 1 日 |  |  |  |
| 接種を希望する人             | 希望する<br>予防接種           | <input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナワクチン<br><input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 ( <input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 組換えワクチン )<br><input type="checkbox"/> 带状疱疹 → 今までに接種したことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ |                 |  |  |  |
|                      | 非課税世帯                  | <input checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に該当する ( <input checked="" type="checkbox"/> の場合、費用免除申請が必要です。 )                                                                                                                                                                                                    |                 |  |  |  |
|                      | ふりがな                   | おのみち れもん                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                 |  |  |  |
|                      | 氏名                     | 尾道 檸檬                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                 |  |  |  |
|                      | 住所                     | 〒 722 - 0017<br>尾道市門田町22-5                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                 |  |  |  |
|                      | 電話番号                   | 0848-24-1961                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | マイナンバー          |  |  |  |
|                      | 生年月日                   | 大正 昭和 20 年 10 月 1 日 ( 79 歳 )                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |  |  |  |
| 接種する<br>医療機関<br>(予定) | 健康推進クリニック (広島県 福山 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 家族 | 続柄： 子 同一世帯 (外) | 氏名   | しまなみ 八朔      |
|     | <input type="checkbox"/> 施設職員          | 施設名：           | 電話番号 | 0848-24-0000 |
|     | <input type="checkbox"/> その他           | 続柄：            |      |              |

※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。<br>署名 尾道 檸檬 尾道 ※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）<br><input checked="" type="checkbox"/> 委任者本人確認書類の写し（免許証、保険証等）<br><input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人確認書類の写し（免許証、保険証等）<br>※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 | 〒 722 - ●●●●<br>尾道市●●町 |      |              |
|     | 宛名 |                        | 電話番号 | 0848-38-0000 |

※以下、市記入欄のため記入しないでください。

|      |                          |           |                          |    |
|------|--------------------------|-----------|--------------------------|----|
| 市記入欄 | <input type="checkbox"/> | インフルエンザ   | <input type="checkbox"/> | 有料 |
|      | <input type="checkbox"/> | 新型コロナワクチン |                          |    |
|      | <input type="checkbox"/> | 肺炎球菌      |                          |    |
|      | <input type="checkbox"/> | 带状疱疹（生ワク） | <input type="checkbox"/> | 無料 |
|      | <input type="checkbox"/> | 带状疱疹（組換え） |                          |    |

|      |                                               |     |
|------|-----------------------------------------------|-----|
| 確認書類 | <input type="checkbox"/> 本人<br>マ・免・保・その他 ( )  |     |
|      | <input type="checkbox"/> 申請者<br>マ・免・保・その他 ( ) |     |
|      | 処理日<br>令和 年 月 日                               | 処理者 |