

再発行を希望する方のみ、ご使用ください。

【提出先】〒570-0033 守口市大宮通1丁目13番7号

守口市市民保健センター3階 健康推進課

TEL 06-6992-2217 ※市役所と場所が異なります。ご注意ください。

高齢者肺炎球菌の予防接種の「ご案内・接種券」発行申請書

守口市長様

申請日 令和 年 月 日

申請者 住所 _____
 _____ 被接種者との関係
 氏名 _____ ()
 電話番号 _____

※ 被接種者が自署できない場合は、代理申請も可能です。
 氏名欄の()内に被接種者との関係をご記入ください。



下記の者について、標記の発行を申請いたします。

発行を希望する理由	紛失のため ・ 転入のため ・ その他 ()		
過去の肺炎球菌ワクチン接種歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある (※接種歴がある場合には接種対象外となります)		
住所	守口市		
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	昭和 年 月 日		
対象者確認 <input type="checkbox"/> にチェックして下さい	<input type="checkbox"/> 昭和33年4月2日～昭和34年4月1日生まれ → <input type="checkbox"/> 接種予定日は「65歳の間」である <input type="checkbox"/> 昭和34年4月2日～昭和35年4月1日生まれ → 申請日時点の年齢は(<input type="checkbox"/> 65歳 ・ <input type="checkbox"/> 64歳)である → <input type="checkbox"/> 接種予定日は「65歳の間」である	※「65歳の間」とは、65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日までのことを指す。	
添付書類	<input type="checkbox"/> 被接種者(接種する方)の本人確認書類(写し)	※郵送で申請する場合は、必ずコピーを添付。	

以下、市職員が記入。

確認事項 (□にチェック)	確認した市職員	受付印 (收受印)
接種履歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(署名または押印)	
申請時年齢 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65		
接種時年齢 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65		