様式第２号（第５条関係）

# 高齢者肺炎球菌予防接種申請書

| 申請日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|

神石高原町
受 付 印

神石高原町長　様

神石高原町予防接種実施要綱第５条の規定により、つぎのとおり接種の申請をします。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被接種者 | フリガナ | | 住所 | 〒<br>神石高原町　　番地<br>TEL（０８４７）８　　－ |
| | 名　前 | | | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 申請者 | フリガナ | | 住所 | 〒<br>神石高原町　　番地<br>TEL（０８４７）８　　－ |
| | 名　前 | | | |
| | 被接種者から見た続　柄 | | | |

**※被接種者と申請者が同一の場合は申請者欄を省略してください。**

**接種を希望する医療機関を○で囲み、接種希望日を記入してください。**

| | |
|---|---|
| 接種医療機関 | **●町立病院　●町立神石へき地診療所　●吉實クリニック　●赤木医院**<br>**●町外医療機関（広域予防接種）**<br>医療機関　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| 接種希望日（予定日） | 令和　　年　　月　　日<br>※申請から受け取りまで一週間程度かかりますので、ご了承ください。 |

**【注意事項】**

・自己負担はありません。

・定期接種の対象となるのは生涯に一度のみです。

・接種の準備が出来次第、予診票・接種日・接種時間等の通知をします。

**【被接種者確認項目】**

**①これまでに肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか。　（　いいえ　・　はい　）**

**②①で「はい」と答えた人のみお答えください。**

**接種した肺炎球菌ワクチンの種類　A. ２３価肺炎球菌ワクチン**

**B. １３価肺炎球菌ワクチン**

《お問い合わせ先》
神石高原町役場　健康衛生課　健康係　ＴＥＬ（0847）89-3366