R8年度
高齢者用肺炎球菌

No.H

愛知県広域予防接種事業申請書

令和　　年　　月　　日

稲沢市長殿

申請者　住所　〒　　－

氏名　　（続柄）

電話番号　（　　）　　－

高齢者用肺炎球菌ワクチンの接種は初めてですか？ （過去に1度でも接種したことのある方は対象外となります。）				はい・いいえ
事前に接種希望医療機関が、予防接種の受け入れを行っているか確認しましたか？				はい・いいえ
申請理由	1　かかりつけ医　2　長期入院治療　3　高齢者施設入所　4　その他（　　）			
希望 市町村		希望 医療機関		
被接種者	住 所	□ 申請者と同じ 〒　　－ 稲沢市		
	ふりがな		生年月日	大正・昭和 年　月　日 （満　歳）
	氏 名	□ 申請者と同じ （男・女）		
	電話番号	□ 申請者と同じ （　　）　　－		

下記の項目を確認していただき□にレ点をお願いします。□

□　転出された場合は、**転出日以降連絡票が利用できません。（接種された場合、全額自己負担です。）**

□　高齢者用肺炎球菌ワクチン以外の予防接種を接種する場合や上記と違う病院で接種する場合は、新たに申請が必要です。

□　連絡票に記載された注意事項をよくお読みください。

□　医療機関へ自己負担額をお支払いください。（一部の方を除く）

□　必ず稲沢市の予診票をご使用ください。予診票は連絡票と一緒にお渡しします。

□　減免対象者は必ず申請時に必要書類を提出してください。**申請後の変更はできません。**

□　支所・市民センターへ提出される場合は申請内容について保健センターから電話が入る場合があります。また申請内容に不備等があった場合、改めて保健センターに来所していただく場合があります。

（市記入欄）

区分	年　齢　項　目	必　要　書　類	自己負担額
定期接種	□接種日に65歳の方	接種券はがき	3,800円
	□接種日に60歳以上65歳未満で心臓、腎臓、呼吸器、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害のある方(身体障害者手帳1級程度)	接種券はがき 身体障害者手帳	
	□ 上記のいずれかに該当し、かつ 生活保護世帯・市民税非課税世帯の方	上記の書類に加え、 □　生活保護受給証明書 □　高齢者肺炎球菌用市民税非課税世帯証明 のいずれか	無料

有効期間　対象年齢に達する日（誕生日の前日）～66歳の誕生日の前日

※この申請書はR8年度用です。R8年度以外はご使用できません。

受付者:　　（郵送）不要・要