

高齢者インフルエンザおよび高齢者の肺炎球菌感染症
予防接種依頼書発行申込書

様式 1-2

(インフルエンザ・肺炎球菌) 予防接種依頼書の発行を申請します。また、向日市が依頼書を発行する際に住民基本台帳を確認することに同意します。

申請日		令和 年 月 日	
申請者	氏名	*被接種者 との続柄	
	住所		
	電話番号		

*申請者が、本人又は家族以外である場合は委任状(本人自筆)が必要です。

被接種者	接種意思の確認	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種を希望する <input type="checkbox"/> 肺炎球菌予防接種を希望する
	接種歴の確認	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種を今年度はまだ受けていない <input type="checkbox"/> 過去に高齢者肺炎球菌感染症予防接種(23 価肺炎球菌 [®] リサッカライト [®] ワクチン)を受けていない
	ふりがな氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	向日市 町
	電話番号	
依頼先	市町村名	
	接種予定医療機関名	名称： 住所：〒 [電話]
送付先住所・宛先 [連絡先]	〒 [電話]	
他地域で接種を受ける理由	<input type="checkbox"/> 病院で入院治療中 (病院名：) <input type="checkbox"/> 老人保健施設等に入所中 (施設名：) <input type="checkbox"/> 遠隔地に在住 (滞在地：) <input type="checkbox"/> その他 ()	

<市処理欄> *この欄には記入しないでください。

被接種者対象確認	個人コード	受付担当者	処理確認
<input type="checkbox"/> 60~64歳 身障手帳1級 (腎・心・他)			
<input type="checkbox"/> 65歳以上 健康保険証・介護保険証・他 ()			