

(あて先) 向日市長

高齢者の予防接種予診票・保健事業等自己負担金無料カード 発行申込書兼同意書

私は、申請書類の発行において、市担当職員が住民票及び世帯の課税状況を確認することに同意します。

① 申込日	令和 年 月 日	ナンバー
② 対象となる方について、ご記入ください。		
フリガナ		
氏名	(男・女)	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生( 歳)	
電話番号		
該当する場合のみチェック	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
③ 使用する目的について□に✓をつけて、( )内をご記入ください。		
□ インフルエンザワクチン	<input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上 <input type="checkbox"/> 接種日に60～64歳の方で、身体障がい者手帳内部疾患1級に相当する方	
	<input type="checkbox"/> 乙訓の医療機関(医療機関名: ) <input type="checkbox"/> その他の医療機関(医療機関名: 所在地: )	
□ 新型コロナワクチン	<input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上 <input type="checkbox"/> 接種日に60～64歳の方で、身体障がい者手帳内部疾患1級に相当する方	
	<input type="checkbox"/> 乙訓の医療機関(医療機関名: ) <input type="checkbox"/> その他の医療機関(医療機関名: 所在地: )	
□ 肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/> 65歳の誕生日前日から66歳の誕生日前日まで有効	
	<input type="checkbox"/> 乙訓の医療機関(医療機関名: ) <input type="checkbox"/> その他の医療機関(医療機関名: 所在地: )	
□ 带状疱疹ワクチン	年度末年齢 <input type="checkbox"/> 65歳、 <input type="checkbox"/> 70歳、 <input type="checkbox"/> 75歳、 <input type="checkbox"/> 80歳、 <input type="checkbox"/> 85歳、 <input type="checkbox"/> 90歳、 <input type="checkbox"/> 95歳、 <input type="checkbox"/> 100歳以上	
	<input type="checkbox"/> 乙訓の医療機関(医療機関名: ) <input type="checkbox"/> その他の医療機関(医療機関名: 所在地: )	
□ がん検診	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診、胃がんバリウム検診、胃がんリスク検診、前立腺がん検診、喀痰検査 <input type="checkbox"/> 乳がん検診(保健センター)※医療機関方式で受診する場合は、別途申請が必要です。 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 ※乙訓以外の医療機関で受診する場合は、別途申請が必要です。	
□ 歯周疾患	年度末年齢 <input type="checkbox"/> 20歳、 <input type="checkbox"/> 30歳、 <input type="checkbox"/> 40歳、 <input type="checkbox"/> 50歳、 <input type="checkbox"/> 60歳、 <input type="checkbox"/> 70歳 (70歳の人でも無料カードが必要です)	

※来所された方が、本人の場合は下欄に記入する必要はありません。

申込者	住所		
	氏名	*被接種者との続柄	
	電話番号		

\*申込者が、本人・家族・ケアマネ・後見人以外の場合は、委任状(本人自筆)が必要です。

<市確認欄> ※この欄には記入しないでください。

◎確認書類：(健康保険証資格確認証・免許証・マイナンバーカード・その他 )			<input type="checkbox"/> 対象外
確認(インフルエンザ・コロナ)	確認(肺炎球菌・带状疱疹)	発行した書類	課税状況
<input type="checkbox"/> 65歳以上(マイナ・確認証・免許証・他) <input type="checkbox"/> 60～64歳 内部疾患1級(腎・心・他) <input type="checkbox"/> 今年度接種の履歴なし <接種医療機関> <input type="checkbox"/> 乙訓管内の委託あり <input type="checkbox"/> 広域の委託あり	<input type="checkbox"/> 対象年度生である <input type="checkbox"/> これまで接種歴なし <input type="checkbox"/> これまで費用助成なし <接種医療機関> <input type="checkbox"/> 乙訓の委託あり <input type="checkbox"/> 広域の委託あり	<input type="checkbox"/> 無料カード(No. ) 新規・再発行 <input type="checkbox"/> インフル広域予診票 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌広域予診票 <input type="checkbox"/> 带状疱疹広域予診票(1枚・2枚) <input type="checkbox"/> コロナ広域予診票 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌接種券 <input type="checkbox"/> 带状疱疹接種券 再発行・転入	課税・非課税・生保 *判定不能* 欄外に理由対応を記載 個人コード 発行者名

記入モレ等がないか確認してください(太枠は特にモレのないように)

送付管理