

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			

被 接 種 者	接種意思の確認	☐ インフルエンザ予防接種を希望する ☐ コロナウイルス予防接種を希望する ☐ 肺炎球菌予防接種を希望する
	接種歴の確認	☐ インフルエンザ予防接種を今年度はまだ受けていない ☐ コロナウイルス予防接種を今年度はまだ受けていない ☐ 過去に高齢者肺炎球菌感染症予防接種(23価肺炎球菌 [®] リッサカライト [™] ワクチン)を受けていない
	ふり　　がな 氏　　　名	
	生　年　月　日	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		☐ 病院で入院治療中（病院名：） ☐ 老人保健施設等に入所中（施設名：） ☐ 遠隔地に在住（滞在地：） ☐ その他（）

被 接 種 者 対 象 確 認	個人コード	受付担当者	処理確認
☐ 60～64 歳 身障手帳 1 級（腎・心・他 ） ☐ 65 歳以上 健康保険証・介護保険証・他（ ）			

