

知立市保健センター所長

申請者 住所 _____
 氏名 _____ 接種者との続柄（本人・ ）
 電話番号（ ） —

被接種者 住所 （☐申請書と同じ） _____
 氏名 （☐申請書と同じ） 生年月日 年 月 日

接種医療機関 _____

高齢者用肺炎球菌・带状疱疹・インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症 予診表兼接種券の発行・再発行をお願いします。理由（1. 紛失 2. 届かない 3. 転入 4. その他 ）

高齢者の予防接種はそれぞれ助成回数が決まっています。回数を超えた分の接種費用は全額自己負担となりますので申請の際には必ず過去の接種履歴を確認してください。

☐ 上記申請理由について誤りはありません。回数を超えた分の接種に係る費用は理由を問わず、全額自己負担となることを了承いたします。

事務	受付担当	受付	接種歴確認	発行方法 （月/日）	本人確認	60～64 歳
		窓口・電話	月分確認	窓口・郵送（ / ）	☐ 身分証明書(写真ないものは2点)	☐ 手帳等のコピー