

那珂川市高齢者肺炎球菌予防接種申請書

接種を希望される方へ：太枠内にご記入ください。

（あて先）那珂川市長

次のとおり、那珂川市高齢者肺炎球菌予防接種実施要綱第5条の規定により申請します。

また、自己負担金の徴収に当たって、被保護世帯又は市民税非課税世帯に属するかどうか調査することに同意します。

申請者		申請日	年 月 日
住 所	那珂川市	電 話 番 号	() -
接種を受ける人の氏名	ふりがな	性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生		(満 歳)
接種予定日	年 月 日		

窓口に来られた方が申請者本人以外の場合

代理人住所		代理人の電話番号	() -
代理人氏名 (代理人署名)	ふりがな		
本人との続柄			
委任状	私（申請者）は上記の代理人に申請に係る権限を委任します。 年 月 日 委任者（申請者本人）氏名 印		

質問事項	回答欄		備考欄
過去に23価の高齢者肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか？	いいえ	はい	過去に接種歴のある人は受けられません。

決 裁	課長	係長	担当