

高齢者肺炎球菌予防接種（任意接種）費用助成申請書

令和 年 月 日

南 部 町 長 殿

〒

(申請者) 住 所

氏 名 (続柄))

電 話

南部町高齢者肺炎球菌予防接種実施要綱第8条第2項の規定により、下記のとおり申請します。また、この申請に必要な住民基本台帳に関する情報について、南部町が調査することに同意します。

予 防 接 種 を 受 け る 方	住 所	□申請者に同じ 南部町大字		
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	明治 大正 年 月 日生 (歳) 昭和	性別	男 ・ 女
接種予定医療機関				
過去に町の肺炎球菌予防接種に係る助成を受けたことがありますか。		は い ・ いいえ		
過去に肺炎球菌予防接種を受けたことがありますか。 ※前回の接種から5年以上経過していない場合は、申請できません。		は い ・ いいえ 「はい」の場合、接種日を記入してください。 接種日：平成 年 月 日 令和		
生活保護法による保護を受けていますか。		は い ・ いいえ		

※過去に肺炎球菌予防接種を受けたことがあるか不明の方、前回の接種日が不明の方は、この助成を受けることができません。

《添付書類》 医療受給証（生活保護受給者のみ）