

高齢者肺炎球菌感染症予防接種(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感染症予防接種実施要綱第9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感染症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		
過去に肺炎球菌感染症予防接種を受けたことがありますか。		は い ・ いいえ 「はい」の場合、接種日・医療機関を記入してください。 接種日: 年 月 日 医療機関名:		
生活保護法による保護を受けていますか。		は い ・ いいえ		

※・過去に肺炎球菌感染症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。

・接種時に南部町に住所登録がある方のみ、町からの費用助成を受けることができます。

《添付書類》 医療受給証等の写し(生活保護受給者のみ)