山北町高齢者肺炎球菌予防接種申込書

<table>
<tr><td rowspan="8">被接種者（予防接種を受ける方）</td><td>住所</td><td colspan="3">山北町</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">性別</td><td rowspan="2">男・女</td></tr>
<tr><td>氏名</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3">―　　―</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">大正・昭和
年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>肺炎球菌予防接種の有無</td><td colspan="3">有り・無し
接種日　平成・令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>接種区分</td><td colspan="3">☐ 定期予防接種
①接種日において65歳の方
②接種日において60歳以上65歳未満の方で内部機能障害及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害について１級に該当する（※１）
☐ 任意予防接種
①接種日において75歳以上の方
②接種日において65歳以上75歳未満の方で内部機能障害及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害について１級に該当する（※１）
【備考】
定期接種の対象となる方、過去5年以内に肺炎球菌の予防接種を受けた方は対象となりません。</td></tr>
<tr><td>助成区分</td><td colspan="3">☐ 一般高齢者
☐ 生活保護受給者等（※２）</td></tr>
<tr><td>接種予定医療機関</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

※１※２に該当する方は、身体障害者手帳、生活保護受給者証等をお持ちになりお越しください。なお、下記に同意をいただいた方は、申込書（本状）の提出のみで結構です。

身体障害者手帳の交付の有無、生活保護受給者であることを確認するため、職員が県及び町の関係機関に確認することに	☐ 同意する ☐ 同意しない

受付　☐窓口　☐電話