

# 高齢者用肺炎球菌区域外予防接種申込用紙

令和 年 月 日

指定医療機関での予防接種が困難であり、下記医療機関において接種を希望します。

申込者	住所	〒		
	施設名			
	代表者名		電話番号	( )

被接種者名	生年月日	住 所
	M・T・S . .	羽曳野市
	M・T・S . .	羽曳野市
	M・T・S . .	羽曳野市
	M・T・S . .	羽曳野市
	M・T・S . .	羽曳野市
	M・T・S . .	羽曳野市
	M・T・S . .	羽曳野市
	M・T・S . .	羽曳野市
	M・T・S . .	羽曳野市
	M・T・S . .	羽曳野市

予防接種の種類	高齢者用肺炎球菌		
理由 (○をつけてください)	1. 特殊な疾病を有しており、指定医療機関での予防接種ができないため 2. 医療機関への入院、介護保健施設等への入所により、市外に長期滞在しているもの 3. その他( )		
滞在先	〒		
予防接種 実施医療機関	医療機関名		
	所在地	都・道 府・県	市・区 町・村
書類送付先	(申込者の住所・滞在先) その他の場合は以下に記入してください。 〒		

※以下は接種予定の医療機関がある自治体に必ずご確認ください。

依頼書	必要・不要 ↳ 宛先 (市町村長あて・医療機関あて)
接種費用	接種医療機関のある自治体の公費負担制度 利用できる・利用できない(全額自己負担)