

施設用

高齢者インフルエンザ  
高齢者用肺炎球菌

予防接種自己負担金無料申請書

年 月 日

糸島市長様

申請者	施設名		氏名 (署名または記名押印)	
	施設住所		電話番号	

下記の接種希望者における予防接種自己負担金が無料になることを申請します。

● 接種希望者(委任者)・市民税課税状況及び生活保護受給の調査同意者

申請にあたり上記の者を申請代理人と定め、世帯全員の市民税の課税状況及び生活保護受給について、確認されることに同意します。

接種希望者 (署名または記名押印)		接種予定ワクチン	判定
氏名	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所 <input type="checkbox"/> 施設住所と同じ 糸島市			
氏名	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所 <input type="checkbox"/> 施設住所と同じ 糸島市			
氏名	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所 <input type="checkbox"/> 施設住所と同じ 糸島市			
氏名	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所 <input type="checkbox"/> 施設住所と同じ 糸島市			
氏名	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所 <input type="checkbox"/> 施設住所と同じ 糸島市			
氏名	年 月 日生	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
住所 <input type="checkbox"/> 施設住所と同じ 糸島市			

※60歳以上65歳未満で、心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障がい(身体障害者手帳1級所持者又は同程度とみなされる状態)を有する人は、接種者対象となります。

-----以下市記入欄-----

申請方法 <input type="checkbox"/> 窓口→連絡日( ) <input type="checkbox"/> 郵送→結果送付日( )	受付日	受付者
---	-----	-----

※60～65歳未満の人は、障害者手帳(腎臓、心臓、呼吸器疾患で1級程度)等のコピー要