

## インフルエンザ・高齢者肺炎球菌広域予防接種申請書

【この依頼書を提出できる人】下記にあてはまる場合のみ申請できます  
 インフルエンザ接種対象者

- ・65歳以上の方（昭和27年1月31日以前の生まれの方）
- ・60歳以上65歳未満の方で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に障害がある方（障害の程度は、身体障害者手帳1級を所持又は1級相当と医師の証明のある方とします。）

高齢者肺炎球菌接種対象者

※定期予防接種対象者（下記参照）であり、過去に高齢者肺炎球菌の予防接種を受けたことがない方に限る

65歳：昭和26年4月2日～昭和27年4月1日生 85歳：昭和6年4月2日～昭和7年4月1日生  
 70歳：昭和21年4月2日～昭和22年4月1日生 90歳：大正15年4月2日～昭和2年4月1日生  
 75歳：昭和16年4月2日～昭和17年4月1日生 95歳：大正10年4月2日～大正11年4月1日生  
 80歳：昭和11年4月2日～昭和12年4月1日生 100歳：大正5年4月2日～大正6年4月1日生

豊川市長 様

以下のとおり市外で予防接種を受けることを申請します。

申請日 平成 年 月 日	
接種希望者について下記にご記入ください。	
接種希望ワクチン	※ご希望のワクチンに○をつけてください インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌 ※肺炎球菌希望の場合には豊川市から送付した予診票を同封のこと
※必ず記入すること 接種医療機関	医療機関所在地 市・町
ふりがな	
接種者氏名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
世帯主氏名	<input type="checkbox"/> 接種者氏名に同じ
住所	〒 ー 豊川市
電話番号	
滞在先施設 (又は滞在先の表札)	
滞在先住所	〒 ー
滞在先電話番号	( ) ー
予防接種法によるインフルエンザまたは高齢者肺炎球菌定期予防接種を市外で受けるための申請、および予防接種費用免除世帯員に該当するか豊川市が確認することに同意します。	
署名※必須→	接種者本人署名 印
代理申請の場合→	代理申請者署名 印
申請者について、下記にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 上記に同じ（下記への記入は不要です） <input type="checkbox"/> 代理で申請（代理の方に申請の場合、下記にご記入ください）	
(ふりがな) 申請者氏名	本人との続柄 ( )
住所	〒 ー
電話番号	( ) ー

連絡票送付先にチェックを入れてください

滞在先が住所と異なる場合記載

申請書が接種者と異なる場合記載