

# 高齢者肺炎球菌予防接種事業（任意接種一部助成）予診票発行申請書

申請日 年 月 日

（あて先）桐生市長

下記のとおり、高齢者肺炎球菌予防接種事業（任意接種一部助成）予診票の発行について申請いたします。なお、助成対象者であることの確認のために必要があるときは、申請内容について、市が保有する個人情報を調査及び確認することに同意します。

記 (必須項目)

申請者住所 (被接種者)	〒 ー 桐生市				
ふりがな 申請者氏名 (被接種者)	生年月日	大正・昭和	年	月	日
電話番号	ー ー				
Eメール (あれば)					
申請代理人氏名		続柄			
発行方法 <u>※Eメールまたは ファクシミリで申請 される方のみ</u>	<p>予診票発行方法に<input checked="" type="checkbox"/>を記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/>郵送を希望</p> <p><input type="checkbox"/>地域医療感染症対策室窓口にて直接受け取りを希望</p> <p>※郵送の場合、到着まで1週間程度かかります。本人自宅に郵送します。</p> <p>※直接受け取り希望の場合は、申請日から3営業日以降またはEメールに返信があり次第、本人の身分証明書（代理人の場合は本人及び代理人の身分証明書）を持ってお越しください。受け取り場所は市役所1階地域医療感染症対策室窓口です。お急ぎの場合はお手数ですが、地域医療感染症対策室までご連絡ください。</p>				

市記入確認欄

確認事項	発行	受付
<input type="checkbox"/> 桐生市に住民登録がある <input type="checkbox"/> 年齢が66歳以上である <input type="checkbox"/> 過去に一度も23価肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがない。（定期接種・任意接種一部助成・自費など） <input type="checkbox"/> 接種歴確認 ※申請方法（ 窓口 ・ 電話 ・ その他 ）	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	
特記事項		
	<input type="checkbox"/> 済	確認者（ ）