

定期予防接種予診票兼接種券交付申請書

令和 年 月 日

各務原市長 あて

申請者
(本人又は代理人) *代理人の場合は委任状が必要です。

住 所	
氏 名	(続柄)
電 話	

下記のとおり、定期予防接種予診票兼接種券の交付を申請します。
(下記該当項目□にレ点をつけてください)

60歳以上65歳未満の者であり、心臓、じん臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有します。

60歳以上65歳未満の者であり、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有します。

予防接種名	<input type="checkbox"/> インフルエンザの予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症の予防接種 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の予防接種										
ふりがな											
接種する方の氏名											
生年月日	大正・昭和 年 月 日 生 (歳)										
個人番号 (マイナンバー)											
住 所	各務原市										
電話番号 (連絡先)											

※市 確 認 欄	起 案	令和 年 月 日				決 裁	令和 年 月 日			
	上記の申請について、次のとおり決定してよろしいか。									
	承 認	部長	次長	課長	課長補佐	係 長	係 員			
	適・否	専 決	専 決							
調査員		印								
調査日		令和 年 月 日								