高齢者肺炎球菌感染症予防接種予診票交付申請書

令和　　年　　月　　日

碧南市長　宛

※太枠の中をご記入ください

①申請者	住　所	〒
	ふりがな	
	氏　名	
	連絡先 電話番号	
	被接種者 との続柄	□本人　　□同居の親族　　□その他（　　）

私は、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害及び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するため、高齢者肺炎球菌感染症予防接種を希望します。

②被接種者	ふりがな		
	氏　名	□申請者 と同じ	
	住　所 （住民票所在地）	□申請者 と同じ	〒
	生年月日	昭和　　年　　月　　日（　　歳）	
③添付資料		□身体障害者手帳（写し）	
④確認事項		□定期接種の対象となるのは、障害で１回のみであることを確認しました。 （６５歳になった時に、対象から除外されることを理解しました。）	
⑤予診票送付		□①申請者の住所　□②被接種者の住所　□窓口受取（　月　日予定） **※受取は１週間後の１２時以降**	

事務局使用覧

申請者 確認書類	□免許証 □マイナンバーカード □その他（　　）	予診票 発行日	日付：　　作成者：

2026.6 月（65 歳未満用）