

様式第1号（第4条関係）

高齢者の肺炎球菌感染症定期予防接種申請書

年 月 日

うきは市長 様

申請者（送付先）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※被接種者との関係 \_\_\_\_\_

T E L \_\_\_\_\_

うきは市高齢者の肺炎球菌感染症定期予防接種実施要綱第4条の規定に基づき、肺炎球菌感染症の予防接種を申請します。

記

○被接種者

住 所			
(フリガナ)			
氏 名			
性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)

●以下の質問にお答えください。

1. これまでにこの予防接種を受けたことがありますか。（ はい ・ いいえ ）  
※「はい」の場合は裏面の記入もお願いします。
2. 生活保護を受給していますか。（ いる ・ いない ）

※チェック欄（こちらには記入しないでください。）

区分	接種歴	到達年齢	生保の受給
定期 ・ 任意	有 ・ 無		有 ・ 無

## 任意接種同意書

私は、うきは市の住民基本台帳に記載されている者で、接種日において下記のいずれにも該当します。

- (1) 予防接種実施日の属する年度の末日において、満65歳以上である。
- (2) これまでにこの事業による助成を受けたことがない。
- (3) 肺炎球菌の予防接種に対して健康保険等の適用がない。  
(過去に脾臓の摘出手術をされた方は保険の適用があります。)

上記内容に該当することから、助成金の交付を申請します。

被接種者氏名 \_\_\_\_\_

私は、肺炎球菌予防接種費用助成金の交付申請に際し、下記の者が代理人として申請書を提出することに同意します。

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

(自署できない方の場合、家族などの代理人が署名し、代理人氏名及び被接種者との続柄を記載)