**岩手県広域的予防接種申請書（B類疾病）**

令和　　　年　　　月　　　日

雫石町長　　様

申請者（保護者・扶養義務者）

住所

電話番号

氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の理由により、岩手県広域的予防接種事業の協力医療機関において予防接種を希望するので、岩手県高齢者広域接種受診票の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者氏名・生年月日 | (ふりがな)　　　　　　　　　　　大正・昭和　　　年　　月　　日生氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　）歳 |
| 住　　　所 | 〒　　　－（℡　　　－　　　－　　　）※日中に連絡の取れる電話番号　　 |
| 接種予定医療機関名等 |  |
| 広域接種を希望する予防接種の種類 | ※希望する予防接種に、レ点（☑）を付けてください。□　高齢者肺炎球菌感染症予防接種□　高齢者の季節性インフルエンザ予防接種 |
| 広域的予防接種を希望する理由 | ※理由に、レ点（☑）を付けてください。□　かかりつけ医のため□　入院中のため□　施設入所中のため　□　住んでいる所（居住地）が町外のため　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生活保護受給の有無 | 　□　無　　　　　　　□　有 |

注意事項

高齢者肺炎球菌感染症予防接種の申請においては、事前に送付している「高齢者肺炎球菌予防接種接種券」を添付の上、申請してください。