

様式第1号（第5条関係）

上天草市高齢者肺炎球菌予防接種申請書

令和 年 月 日

上天草市長 様

申請者 住所.....

氏名.....

（代筆の場合：代筆者氏名..... 続柄：.....）

電話（.....）.....

高齢者肺炎球菌予防接種を受けたいので、上天草市高齢者肺炎球菌予防接種事業実施要綱第5条第2項の規定により申請します。

記

被接種者	ふりがな			
	氏名			
	住所	上天草市		
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 (満 歳)	性別 男 ・ 女
医療機関				
接種予定日	年 月 日			
接種対象者の区分及び負担額	該当に○を付ける	対象者の区分		負担額
		(1) 65歳の者(※1)		6, 159円
		(2) 60歳以上65歳未満の内部疾患を有する者(※2)		6, 159円
		上記(1)(2)に該当する者のうち、生活保護法の規定する被保護者		全額負担
備考				

※1 令和元年度から令和5年度までの間は、該当年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる者

※2 心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスによる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者