

様式第 1 号（第 5 条関係）

上天草市高齢者肺炎球菌感染症予防接種申請書

年 月 日

上天草市長 様

申請者 住所

氏名

電話（ ） —

高齢者肺炎球菌感染症予防接種を受けたいので、上天草市高齢者肺炎球菌感染症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			
被接種者の 区分及び負 担額	該当に○ を付ける	対象者の区分		市負担額
		(1) 65歳の者		6,300円
		(2) 60歳以上65歳未満の内部 疾患を有する者 (※)		6,300円
		上記(1)(2)に該当する者のうち、 生活保護法の規定による被保護者		予防接種費用 の全額
備 考				

※ 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