

高齢者肺炎球菌予防接種のお知らせ 交付願



(宛先) 静岡市保健所長

令和 年 月 日

被接種者 申請者	住所 〒		
	ふりがな	性別	生年月日
	氏名	男女	大正・昭和 年 月 日
	連絡先 () -		
	(代筆の場合) 代筆者氏名 続柄		

※自費・公費に関わらず、過去に肺炎球菌ワクチン(23価「ニューモバックス」)の接種を受けたことがある方は、定期予防接種の対象とはなりません。**必ず、過去に肺炎球菌ワクチン(23価「ニューモバックス」)の接種を受けていないことを確認してください。**

原則として、郵便による高齢者肺炎球菌予防接種のお知らせの送付先は被接種者の住所地に限ります。

ただし、被接種者が入院中等の理由により、住所地での受領が困難な場合にのみ、住所地以外への送付も行いますので、この場合は下の「住所地以外への送付を希望する場合」欄へ必要事項を記入してください。

なお、この場合であっても、送付先は医療機関等の施設のみで、別居の家族宅等への送付は行いません。

住所地以外への送付を希望する場合

送付先 施設住所	〒
送付先 施設名称	
連絡先	() -
住所地以外への送付を希望する理由	

※必ず、事前に申請者が送付先施設への連絡を行ってください。

受付印

受付担当者

※この用紙は、郵便による申請専用です。

※窓口へ直接おいでになる場合は、窓口専用の用紙に御記入いただきますので、必ず被接種者本人または同居の家族の方が、免許証、保険証の本人確認ができる書類をお持ちのうえでお越しください。