

予防接種（県内）接種申請書（生活保護世帯用）

☐ インフルエンザワクチン ☐ 新型コロナワクチン ☐ 肺炎球菌ワクチン ☐ 带状疱疹ワクチン ※申請するワクチンの□にチェックをお願いします。	
申 込 日	令和 年 月 日
申 請 者 ※被接種者以外が申請の場合のみ記入してください	住所 上牧町 氏名 続柄（ ） 電話番号
フ リ ガ ナ 被接種者名 生年月日	年 齢 歳 （明治・大正・昭和 年 月 日生まれ）
住 所	上牧町
電 話 番 号	— — （入院・施設入所中の場合、日中連絡できるところ）
依 頼 先 （予防接種を受けるところ）	病院・施設名 市町村名 （ ） （ ） 施設内接種の場合の委託医療機関名 市町村名 （ ） （ ）
依 頼 理 由 該当するものを○で囲む	1 施設に入所中のため 2 病院に入院中であるため 3 「かかりつけ医」であるため 4 その他（ ）
質 問 事 項	過去に、肺炎球菌・带状疱疹予防接種を受けたことがある ・はい ・いいえ いつ受けられましたか（ 年 月 日頃）
☐ 本人確認 ☐ 接種歴確認	
☐ 北葛・広域 ☐ 相互乗り入れ	