

# 島原市高齢者肺炎球菌感染症予防接種費用助成申請書

島原市長 様

申請日 令和 年 月 日

高齢者肺炎球菌感染症予防接種を希望するので、予診票を交付されるよう、下記のとおり申請します。

※肺炎球菌予防接種の接種歴が不明の方は、確認後申請をしてください。

※太枠内をご記入ください。

接種を受ける方の住所	島原市			
(ふりがな)		性別	男 ・ 女	
氏名				
生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)			
電話番号	*連絡がとれる電話番号をご記入ください。			
質問 ①	過去に肺炎球菌の予防接種を受けたことがありますか？			
	・ ある * <b>質問②</b> にお答えください。	・ ない * <b>申請書</b> を提出してください。		
質問 ②	60～64 歳において、定期接種として肺炎球菌の予防接種を受けましたか	・ はい * <u>助成の対象となりません</u>	・ いいえ	
	「 <u>いいえ</u> 」と回答された方 65 歳において、肺炎球菌の予防接種を行う必要があると、医師に判断されましたか	・ いいえ * <u>助成の対象となりません</u>	・ はい * <b>申請書</b> を提出してください。	
接種医療機関		接種予定日 ※空欄でも結構です	年 月 日	

※肺炎球菌の予防接種について健康保険の適用がある方（過去に「ひ臓」の摘出手術をされた方）は、定期接種として接種は可能ですが、保険適用時より接種費用が高くなりますので医師と相談して接種するようにしてください。

(代理人申請) 私は上記申請者からの委任により、本助成の申請手続きを代理で行います。

なお、本人の意思確認ができていることを申し添えます。

代理人	住所	島原市		
	氏名		本人との続柄	
	電話番号	*連絡がとれる電話番号をご記入ください。		

※この申請により取得した個人情報については、島原市個人情報保護条例に基づき、本事業に係る事務以外には使用しません。

※申請者の方は、【注意事項】をお読みください。

予診票交付 令和 年 月 日

受付印

(No. )