

黒滝村高齢者の予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

下記のいずれかに該当する場合に依頼書を発行できます。

該当する方に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種	<input type="checkbox"/> 接種する日において65歳以上の者 <input type="checkbox"/> 接種する日において60歳以上64歳以下の者で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に重大な障害のあるもの
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種	<input type="checkbox"/> 接種する日において65歳以上の者 <input type="checkbox"/> 接種する日において60歳以上64歳以下の者で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に重大な障害のあるもの
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種	<input type="checkbox"/> 接種する日において65歳の者 <input type="checkbox"/> 接種する日において60歳以上64歳以下の者で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に重大な障害のあるもの
<input type="checkbox"/> 带状疱疹予防接種	<input type="checkbox"/> 年度内に65歳を迎える者 <input type="checkbox"/> 接種する日において60歳以上65歳未満の者で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に重大な障害のあるもの <input type="checkbox"/> 年度内に70、75、80、85、90、95、100歳(※)となる者 ※100歳以上の方については、令和7年度に限り全員対象

申請者 住所 〒 黒滝村大字
(接種を受ける方) 氏名 _____
生年月日 年 月 日生 ()歳
日中連絡がつく電話番号 _____

接種予定月	
<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種	年 月 公的接種期間 年 月 日から 年 月 日 接種を希望する医療機関等 _____
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種	年 月 公的接種期間 年 月 日から 年 月 日 接種を希望する医療機関等 _____
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌予防接種	年 月 公的接種期間 年 月 日から 年 月 日 接種を希望する医療機関等 _____
<input type="checkbox"/> 带状疱疹予防接種1回目	年 月 公的接種期間 年 月 日から 年 月 日
<input type="checkbox"/> 带状疱疹予防接種2回目	年 月 公的接種期間 年 月 日から 年 月 日 接種を希望する医療機関等 _____

申請理由	<input type="checkbox"/> 主治医での接種を希望 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
------	--

書類等送付先	<input type="checkbox"/> 上記、申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他を希望 住所 〒 _____ 氏名 _____ 日中連絡がつく電話番号 _____
--------	---