

過去に23価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン（ニューモバックス）の接種を受けた人は、定期接種の対象外となり、接種券を使用できません。接種を受けたことがないか、よく確認してください。また、接種券は66歳の誕生日の前日までしか使用できません。

広島市高齢者肺炎球菌ワクチン接種券 交付申請書

(あて先) 広島市長

申請日 令和 年 月 日

高齢者肺炎球菌ワクチン接種券の交付を申請します。
なお、申請に当たっては、次のことに同意します。

- 今後、この申請以前に広島市が交付した接種券が発見された場合には、申請者は、当該接種券を使用することなく、速やかに各保健センターへ返却すること（紛失・き損の場合に限る）。
- 広島市が交付した接種券を使用して肺炎球菌ワクチンを2回以上接種した場合には、2回目以降の接種費用は、全額、申請者が負担すること。
- この申請に必要な情報（住所、氏名、年齢等）について、広島市が住民基本台帳により確認すること。

申請者（接種を受ける人） 太枠の中にご記入ください。

住所 ※住民登録しているところを記載	〒 広島市 区		
	電話番号 — —		
氏名	カナ	性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日		
対象年齢確認	<input type="checkbox"/> 65歳 <input type="checkbox"/> 60～64歳（接種時点の左記満年齢で、心臓、腎臓もしくは呼吸器の機能の障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害を有し、身体障害者手帳1級に相当する人）		
交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 再転入 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 広域接種 自己負担免除 有・無 医療機関名： 所在地：		

接種を受ける人以外（ご家族や介護者など）が申請手を代理するときは下記にご記入ください。

代理人	住所	〒		
	電話番号	— —		
	氏名	続柄等		

※施設等の職員の場合、住所欄には施設等の所在地を記載、続柄等欄には施設名及び職名を記載してください。

広島市受付課記載欄	確認事項		接種券番号	係	係長	課長
	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 接種歴（予防システム）	<input type="checkbox"/> 本人確認 <input type="checkbox"/> 代理人確認 <input type="checkbox"/> 非課税証明確認 <input type="checkbox"/> 市内券回収	接種券番号： (個人特定番号) ID番号（広域）：	/	/	/