

令和 年 月 日

60～64 歳（肺炎球菌・インフルエンザ・新型コロナ・帯状疱疹）予防接種申請書

蓮田市長 様

下記の予防接種を受けたいので申請します。

台帳番号	R	-			
予防接種名	肺炎球菌 ・ インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス ・ 帯状疱疹				
被接種者	住 所	蓮田市			
	ふりがな		男・女	生年月日	昭和 年 月 日生 (歳)
氏名					
電話番号					
申請者	住 所	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ			
	ふりがな				
氏名	<input type="checkbox"/> 被接種者に同じ				
理 由	身障1級（心臓 ・ 腎臓 ・ 呼吸器） ・ ヒト免疫不全 ・ 透析中 ・ その他（ ）				
医療機関名		医療機関 電話番号			

※添付書類

- 身体障害者手帳
 診断書
 その他（ ）

課長	主幹	担当