



大野城市高齢者肺炎球菌予防接種実施申請書

接種を希望される方へ： 太枠内にご記入ください。

（宛先）大野城市長

次のとおり、大野城市高齢者肺炎球菌予防接種事業実施規則の規定により申請します。
また、自己負担金の決定に当たって、市が被保護世帯又は市民税非課税世帯に属するかどうか調査することに同意します。

申請者		申請日	年 月 日
住 所	大野城市	電 話 番 号	() —
接種を受ける人 の氏名	ふりがな.....	性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日	生 日	(満 歳)
接 種 予 定 日	年 月 日		

窓口に来られた方が申請者本人以外の場合

代理人住所			
代理人氏名 (代理人署名)	ふりがな.....	代理者の 電 話 番 号	() —
本人との続柄			
委任状	私（申請者）は上記の代理人に申請に係る権限を委任します。 年 月 日 委任者（申請者本人）氏名 署名又は 記名押印		

質 問 事 項	回 答 欄		備 考
23 価高齢者肺炎球菌予防接種を受けましたことがありますか？	いいえ	はい	過去に接種歴のある人は受けられません。

〔 該当する場合は○で囲んでください。 非課税世帯 ・ 生活保護世帯 〕