

【高齢者】 予防接種券申請書

広域

申請日

令和

6

年

11

月

1

日

接種を希望する人	希望する 予防接種	☒ インフルエンザ ☒ 新型コロナワクチン ☐ 肺炎球菌 → 今までに接種したことがありますか ☐ いいえ		
	非課税世帯	☒ 市民税非課税世帯に該当する（ ☒ の場合、費用免除申請が必要です。）		
	ふりがな	おのみち れもん		
	氏名	尾道 檸檬		
	住所	〒 722 - 0017 尾道市門田町22-5		
	電話番号	0848-24-1961	マイナンバー	
	生年月日	昭和 20 年 10 月 1 日 （ 79 歳）		
接種する 医療機関 （予定）	健康推進クリニック （広島県 福山 市）			

●本人（上記の、接種を希望する人）以外が申請する場合は、記入してください。

申請者	☒ 家族 続柄：子 同一世帯（外）	氏名	しまなみ 八朔
	☐ 施設職員 施設名： ☐ その他 続柄：	電話番号	0848-24-0000

※同一世帯以外の方が申請する場合は、署名、添付書類が必要です。

委任者	予防接種手続に係る一切の権限を、上記の者に委任します。 署名 尾道 檸檬 尾道 ※自署の場合、押印不要です		
添付書類	委任した場合、次の書類を添付してください。（同一世帯の場合は不要） ☒ 委任者本人確認書類の写し（免許証、保険証等） ☒ 申請者本人確認書類の写し（免許証、保険証等） ※成年後見人の場合は、成年後見人であることがわかる書類の写し		

●送付先が本人の住所と異なる場合は記入してください。

送付先	住所	〒 722 - ●●●● 尾道市●●町	
	宛名	電話番号	0848-38-0000

※以下、市記入欄のため記入しないでください。

市記入欄	☐ インフルエンザ	☐ 有料
		☐ 無料
	☐ 新型コロナワクチン	☐ 有料
		☐ 無料
	☐ 肺炎球菌	☐ 有料
		☐ 無料

確認書類	☐ 本人 マ・免・保・その他（ ）	
	☐ 申請者 マ・免・保・その他（ ）	
処理日		処理者
令和 年 月 日		