# 希望する					申請日	令和	6	年	11	月	1	日
おおかない 1		希望する	☑ インフルエ	ンザ		☑ 新型	型コロラ	トワクチ	ン			
本りがな おのみち れもん 民道 檸檬 〒 722 - 0017 R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) 技権する 医療機関 (予定) 様棟を希望する人) 以外が申請する場合は、記入してください。 中		予防接種	□ 肺炎球菌 → 今までに接種したことがありますか □ いいえ									
氏名 尾道 檸檬 〒 722 - 0017 R道市門田町22-5 全部 全部 を確認 で		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。)									
任	ملدا	ふりがな	おのみち	れもん								
### ### ### ### ### ### ### ### ### ##	種	氏名	尾道 檸檬	***************************************								
全面	希	住所	₹ 722	- 001	7							
# 電話番号	する		尾道市門日	日町22-5								
接種する 医療機関 (子定) 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。 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。 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。 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。 本人 (上記の 大選を 希望する人) 以外が申請する場合は、記入してください。 本 (上記の (上記なみ	人	電話番号	0848-2	4-1961	961 マイナンバー							
医療機関 使康推進クリニック		生年月日	昭和	2	20 年	10	月	1	日 (79	歳)	
申請者		医療機関	健康推進ク	フリニック	ク			(広	島県	福山	市)	l
Tab	本人 ((上記の、接種	[を希望する人]	以外が申討	青する場合	は、記れ	入して、	ください	\ ₀			
請者 □ 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。 ▼ 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。	申	☑ 家族	続柄: 🚽	<u> </u>	司一世帯	(外)	Ħ	- 名	しまか	マス	八細	
○ 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。		□ 施設職員	施設名:					N-H	0 6 7	チッ ク	7 € 991	
季任任者 署名 尾道 檸檬 尾道 ※自署の場合、押印不要です 素任した場合、次の書類を添付してください。 (同一世帯の場合は不要) 愛任とた場合、次の書類を添付してください。 (同一世帯の場合は不要) ※ 少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。 〒 722 - ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		□ その他	続柄:				電話	番号	0848-	24-00	000	
存住者 署名 尾道 檸檬 尾道 ※自署の場合、押印不要です 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) ※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。 〒 722 - ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	※同	T										
者 著名 棒像		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。 										
添付書類			署名 —	尾道	道 檸檬 ————	(尾道》	(自署の	場合、	押印不	要です	
付書 類 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。 「〒 722 - ●●●●	沃	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)										
類 ※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。 「中 722 - ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	付	☑ 委任者本人確認書類の写し(免許証、保険証等)										
送付先が本人の住所と異なる場合は記入してください。 〒 722 - ●●●● 建道市●●町 売名 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。 □ インフルエンザ □ 有料 □ 無料 □ 本人 □ 無料 □ 申請者 □ 無料 □ 中請者 □ 小兜・免・保・その他()) 少理日 処理者	書 類	☑ 申請者本	く人確認書類の写	るし(免許記	正、保険証	E等)						
送付先 年所 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。 □ 有料 □ 無料												
送付先 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。 □ 有料 □ 本人 □ 無料 □ 本人 □ 無料 □ 申請者 □ 中請者 □ 平免・保・その他(□ クリカー ロークリー ロー	送付先	だが本人の住所	「と異なる場合に	は記入してく	ください。							
成名 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。 □ 有料 □ 無料		∆.=r	₹ 722	-								
先 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。 □ 有料 □ 本人 マ・免・保・その他() 市記入欄 □ 新型コロナワクチン □ 無料 □ 申請者 □ 無料 □ 無料 □ の理日 処理日		任所	尾道市●●	町								
□ インフルエンザ □ 有料 □ 無料 □ 無料 □ 新型コロナワクチン 欄 □ 有料 □ 無料 □ 無料 □ 無料 □ 無料 □ 無料 □ かん マ・免・保・その他() □ 有料 □ 無料 □ 無料 □ 無料 □ 如理日		宛名					電話	話番号	0848-	38-00	000	
T	 似下、	市記入欄のた	 :め記入しないて									
記	-	□ インフル:	エンザ			, ,		呆・その)他()
欄	記入	□ 新型コロ	ナワクチン 📙		書			戻・そ σ)他()
	欄	□ 肺炎球菌] 有料					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		処理	者