

# 記入例 補助金 (高齢者)

## 高齢者用予防接種連絡票・依頼書交付申請書

令和 年 月 日

- \* ボールペンで太枠内を記入してください。  
(鉛筆・消えるボールペンは使用不可)
- \* 修正箇所は二重線で訂正してください。

住所	〒441-8539 豊橋市中野町字中原 100 番地		
フリガナ 申請者氏名	トヨハシ タロウ 豊橋 太郎		
続柄	子	電話	(0532) 39-9109
本人又は家族以外 の方が代筆の場合	代筆者氏名		
	本人との続柄		電話( ) -

本人又は家族の方の承諾を得て代筆してください。

☞代筆の場合でも本人名義もしくはは家族名義で申請してください。

(本人又は家族以外で代筆する方は、氏名等を記入してください。)

☞続柄

- 本人・家族
- ×施設長・ケアマネジャー

☞連絡がつく電話番号

☞接種の意思が確認できない場合、申請不可。

☞肺炎球菌の接種は生涯1回です。過去の接種がある場合、申請不可。

☞返信用封筒に切手(料金不足に注意)を貼り、送付先を記入してください。

【送付書類の重量】  
約 28g  
94 円切手 貼付  
(定形郵便の場合)

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌		
被接種者 (予防接種を受ける方)	住所	〒 - 申請者と違う場合のみ記入	
	フリガナ	トヨハシ ハナコ	
	氏名	豊橋 花子	
	生年月日	明治・大正 <u>昭和</u> 29年4月2日生 (満〇〇歳)	
接種の本人意思	<input checked="" type="checkbox"/> 確認できる <input type="checkbox"/> 確認できない		
過去の接種 (肺炎球菌の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
接種費用 (予診票に記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 有料 (自己負担額 インフル 1,500 円・肺炎 2,000 円) <input type="checkbox"/> 無料		
実施医療機関で 接種できない理由	<input type="checkbox"/> 実施医療機関以外にかかりつけ医がいる <input type="checkbox"/> 医療機関に長期入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設に入所中 <input type="checkbox"/> その他 (理由を記入ください。 )		
接種医療機関名	〇〇医院 (浜松市 中 区)		
滞在先 (住民票の住所以外に滞っている場合)	住所	〒123-4567 浜松市中区〇〇番地〇	
	入院医療機関 入所施設名 等	特別養護老人ホーム 〇〇荘	
	電話番号	(053) 123-4567	
連絡票・依頼書の 受取手段	<input type="checkbox"/> 保健所で受取 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 (送付先: <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 上記滞在先) * 返信用封筒が必要 →送付先が施設や病院の場合、書類が届くことについて了承を得ていますか? <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

### 提出前のチェックリスト

- 予防接種を希望する医療機関へ連絡し、受け入れ可能か確認しましたか。
- 太枠内はすべて記入しましたか。
- 訂正がある場合、二重線で訂正しましたか。(修正テープ・修正ペンの使用はできません。)