

高齢者予防接種予診票発行申請書

予防接種の種類	☐ インフルエンザ ☐ コロナウイルス感染症 ☐ 带状疱疹 ☐ 肺炎球菌 ※対象者のみ ※対象者のみ		
被接種者氏名			
生年月日	大・昭	年	月 日 (満 歳)
住 所	大山崎町字 小字 電話 ()		
接種医療機関名			
接種医療機関住所	京都府 電話 ()		

下記の交付条件に基づき、上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

大山崎町長 様

交付条件

- ・この予診票での接種は、京都府医師会と契約し、接種医として登録している医師が行うものに限ります。
(委託医療機関以外での接種は、本事業の対象外となり、全額自己負担となります。)
- ・インフルエンザ、コロナウイルス感染症予防接種は、年度内につき1回が対象です。肺炎球菌予防接種は生涯1回のみ、带状疱疹予防接種歴がある場合、公費で打てるのは医師と町が認める場合のみです。公費対象外であることが判明した場合、全額自己負担となります。

～ 委 任 状 ～

私は、代理人_____に以下の手続きに係る一切のことについて委任します。

- ☐ 高齢者インフルエンザ予防接種予診票の発行
- ☐ 高齢者の肺炎球菌予防接種予診票の発行
- ☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票の発行
- ☐ 高齢者の带状疱疹予防接種予診票の発行

令和 年 月 日

(委任者) 氏名 _____

※以下は記入しないでください

- ☐ 住民番号の確認 _____
- ☐ インフル・コロナ・带状疱疹は接種日に65歳以上か
- ☐ 带状疱疹・肺炎球菌は接種券(有・無)を回収(済)
- ☐ 委託医療機関であるか(該当・非該当)

発行者	本人確認	非課税	該当の場合 予診票の無 料に○、非 該当は金額 に○
	免許証・パスポート・個人番 号カード・健康保険資格確 認証・年金手帳・その他 ()	・ 該当 (No.) ・ 非該当	

※自己負担金免除をご希望の方は、別途所定の書式に記載必要※