

県内乗り入れ申請書（高齢者用）

申請日	ふりがな	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
	接種する人の名前	電話番号	() -
住所	沼津市		
接種する病院名	病院所在地 市・町		
種類 (○をしてください)	<input checked="" type="radio"/> 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="radio"/> 高齢者肺炎球菌		
申請者自署 _____			
代理の方が申請の場合記入※	氏名	続柄	
	住所 (接種者の住所と異なる場合に記入)	<input type="checkbox"/> 申請者の住所に郵送希望	
	電話番号		

※代理の方が申請する場合は、免許証または保険証のコピーを添付してください

《行政担当者記入欄》

発券番号	接種券区分	有料 / 無料	
健管番号	受付者 (カウンター)	発行者	

確認事項	<input type="checkbox"/> 被接種者名、生年月日、住所、接種履歴(住基・母子健康手帳の予防接種のページ)を確認
	<input type="checkbox"/> 申請者との続柄を住基、または身分証明書等で確認
	<input type="checkbox"/> 県内乗り入れ対象の医療機関なのか
	<input type="checkbox"/> 対象の予診票を渡したか
受け取り方法	郵送 / 窓口