県内乗り入れ申請書（高齢者用）

下記太枠内を記載漏れのないよう記入してください

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	（　　）　　ー
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）		●高齢者インフルエンザ　●新型コロナ ●高齢者肺炎球菌　●帯状疱疹		
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）	〒 □申請者の住所に郵送希望
	理由	
	電話番号	

※郵送で申請する場合は、申請者の身分証明書（免許証、マイナンバーカード等）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	
健管番号	

接種券区分
有料・無料

受付者（カウンター）		発行者	確認者
身分証確認	サイン	サイン	サイン
□			

確認事項	□　□　申請者情報を身分証明書等で確認
	□　□　メモ・ふせん機能がないか確認（tiara）
	□　□　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
	□　□　県内乗り入れ対象の医療機関なのか
	□　□　対象の予診票を渡したか
受け取り方法	窓口　／　郵送
送付先	□住民票住所　□同居外家族　□施設　□その他（　　）

発送日　　／