

様式第3号（第5条関係）

四條畷市高齢者予防接種無料受診券交付申請書

年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 住 所

氏 名

被接種者氏名

電話番号

次のとおり予防接種無料受診券交付を申請します。また、四條畷市立保健センターが対象者であるかの審査をするにあたり、関係機関への照会及び関係機関等がこの照会に対する回答に同意します。

<p>予防接種の種類</p>	<p>該当する□に✓をつけてください。 また、高齢者带状疱疹の組換えワクチンを希望する場合は、希望する回数に○をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹 ・ <input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン ・ <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（ 1回目 ・ 2回目 ）</p>
<p>接種医療機関または 接種高齢者施設の種類の種類</p>	<p>（医療機関） 名称： 住所：</p> <hr/> <p>（特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・介護老人保健施設・養護老人ホーム） 名称： 住所：</p> <p>※生活保護受給者のみ発行ができます</p>
<p>無料受診券対象事由</p>	<p>該当番号に○をつけてください。</p> <p>1 生活保護受給者 2 身体障害者手帳1級・2級 3 精神障害者手帳1級 4 療育手帳A 5 その他（)</p>