

四條畷市高齢者肺炎球菌予防接種

接種券発行・再発行申請書

令和 年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 _____

電話番号

被接種者との続柄 ☐ 本人 ☐ 同居の親族 ☐ その他 ()

下記のとおり、四條畷市高齢者肺炎球菌予防接種 接種券の（発行・再発行）を申請します。
 なお、申請内容について、住民基本台帳等の確認等、接種券の発行に係る照会に同意いたします。

被 接 種 者	ふりがな 氏 名	☐ 申請者と同じ	
	住民票に記載 の住所	☐ 申請者と同じ	〒
	生年月日	年 月 日	
	申請理由	☐ 紛失、滅失、破損 ☐ 転入 ☐ その他（ ）	
予防接種の種類		高齢者肺炎球菌	
接種券の送付先住所 （申請者住所と異なる場合のみ記入）		〒	