

年 月 日

成人用肺炎球菌予防接種（60歳以上 65歳未満）申請書

湖 南 市 長 あて

（申請者）住所 〒

氏名

電話番号

被接種者との続柄

成人用肺炎球菌予防接種を希望しますので、身体障害者手帳等の写しを添えて、下記のとおり委任状の発行を申請します。

記

被接種者	住 所	滋賀県湖南市
	氏 名	
	生年月日	昭和 年 月 日
申 請 理 由	接種日において満 60 歳以上 65 歳未満で、心臓・じん臓等の機能障害を有するため	
委 任 期 間	令和 年 月 日まで	
接 種 場 所		

この申請に関して医療機関等への照会を行うこと、申請者の住所等に関する公簿を閲覧することについて同意します。

氏名 _____ 印