

令和 8 年度香芝市高齢者予防接種(肺炎球菌・带状疱疹)接種票再発行申請書

香芝市長 様

私は今までに定期接種として接種票再発行を希望するワクチンの予防接種を受けたことがないことを誓い、接種票の発行申請をいたします。

事後に虚偽が判明した場合は、接種医療機関に全額自費で支払うことを同意します。

申請日：令和 年 月 日

|                                   |                                                                                                                    |                                         |                            |  |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|--|
| 接種対象者<br>(予防接種を受けるかた)             | 住 所                                                                                                                | 香芝市                                     |                            |  |
|                                   | フリガナ                                                                                                               |                                         |                            |  |
|                                   | 氏 名                                                                                                                |                                         |                            |  |
|                                   | 生年月日                                                                                                               | 大正・昭和<br>年 月 日                          | 電話番号                       |  |
| 接種対象者本人以外が申請する場合                  | 住 所                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 接種対象者と同じ       | *接種対象者と違う場合、右に住所をご記入ください   |  |
|                                   | 氏 名                                                                                                                |                                         |                            |  |
|                                   | 電話番号                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 接種対象者と同じ       | *接種対象者と違う場合、右に電話番号をご記入ください |  |
| 接種票再発行を希望するワクチン<br>(該当するものに○をつける) |                                                                                                                    | 高齢者肺炎球菌                                 |                            |  |
|                                   |                                                                                                                    | 高齢者带状疱疹                                 |                            |  |
| 発行理由<br>(該当するものに○をつける)            | 紛 失                                                                                                                | 以前の接種票が見つかった場合は、以前の接種票を使用しないことを約束します。   |                            |  |
|                                   | 転 入                                                                                                                | 転入前の市町村名 ( )<br>*転入前の市町村で接種済みの場合は対象外です。 |                            |  |
|                                   | その他                                                                                                                |                                         |                            |  |
| 添付書類<br>(☑ をつける)                  | <input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類の写し (運転免許証やマイナンバーカードなど)<br><input type="checkbox"/> 返信用封筒 (申請者の住所を記入、110円切手を貼付) |                                         |                            |  |

※市外の医療機関で接種希望の場合又は自己負担金免除の条件に該当される場合は、別途申請が必要です。

※自己負担金免除申請を接種者と同一世帯のかた以外が申請する場合は、委任状が必要です。

|            |                                                                                                                                                                                                     |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 職員記入欄      |                                                                                                                                                                                                     |
| 交付年月日      | 令和    年    月    日                                                                                                                                                                                   |
| 身分確認       | <input type="checkbox"/> マイナ保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書)<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> その他 (                      ) |
| 今年度対象確認    | 【肺球】    該当 (満 65 歳)    ・    非該当<br>【带状疱疹】 該当 (年度末 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 歳 ・ 60～64 歳)    ・    非該当                                                                                          |
| 接種履歴 (今年度) | 履歴なし    ・    履歴あり非該当<br><input type="checkbox"/> 生ワクチン<br><input type="checkbox"/> 組換えワクチン 1 回目<br><input type="checkbox"/> 組換えワクチン 2 回目                                                            |

受付印

|     |     |
|-----|-----|
| 受付者 | 担当者 |
|     |     |