

八幡市長 様

高齢者肺炎球菌予防接種申込書

私は高齢者肺炎球菌予防接種に係る事務処理のために、八幡市が接種対象者及び世帯員に係る税情報及び生活保護の給付状況に関する調査をされることに同意します。

被 接 種 者	フリガナ		生年月日	昭和	
	氏名			年 月 日(歳)	
	住民票登録の住所	八幡市			
	電話番号	(連絡のつく電話番号)			
	対象確認	過去に肺炎球菌予防接種(ニューモバックス)を接種したことがありますか? <input type="checkbox"/> はい →定期接種を受けることができません <input type="checkbox"/> いいえ			
	住民票登録	令和8年1月1日時点で、八幡市に住民票登録がありましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ →市民税非課税世帯を確認できる書類が必要			
	申込理由	※該当する全ての項目の□にチェック✓してください <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 世帯全員が市民税非課税の人 <input type="checkbox"/> 八幡市外または、八幡市協力医療機関以外で接種 <input type="checkbox"/> 紛失等による再発行			
申 請 者	本人	<input type="checkbox"/> 被接種者本人			
	ご家族等代理人が申請する場合は以下にご記入ください				
	代 理 人	氏名		続柄	
		住所	〒 —		
電話		(連絡のつく電話番号)			
送付先	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ その他の送付先をご希望の場合、以下にご記入ください 〒 — 様方				
接 種 医 療 機 関	医療機関名				
	医療機関住所	<input type="checkbox"/> 八幡市内 <input type="checkbox"/> 八幡市外(市外の場合、以下に住所をご記入ください)			

以下職員記入欄

職 員 記 入 欄	受付日	受付者	対象年齢		予診票		発行書類 市内 H 市内 S 広域 K 広域 H 広域 S 他市 K 他市 H 他市 S	システム 編集日	
	/		65 歳	60~64 歳 手帳 1 級	窓口	郵送		/	
	確 認 方 法								
	住基	介護保険 保険料・負担限度額	後期高齢 標準負担限度額	その他()				システム 入力者	
	確 認 結 果				税 確 認 者				
非課税	生保	未申告	課税						