

様式第1号（第5条関係）

神河町高齢者肺炎球菌予防接種費用助成申請書

平成 年 月 日

神河町長様

申請者 住所

氏名 ⑩

接種者との続柄

電話番号 — —

神河町高齢者肺炎球菌予防接種費用助成対象者証明書の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

接種を受ける人	住所			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	(歳)
確認事項 ※該当する番号に ○を記入してください	1. 75歳以上(政令で定める肺炎球菌定期予防接種対象者は除く。) 又は65歳以上で、心臓・腎臓及び呼吸器の機能に障害を有し、 身体障害者手帳1級の交付を受けている 2. 過去に肺炎球菌予防接種を受けたことがない 3. 肺炎球菌予防接種に対して、健康保険の適用がない			

- ・上記の申請について、承認します。
- ・上記の申請について、承認しないこととします。
(承認しない理由)

処理

年 月 日

兵庫県神崎郡神河町長

(担当課：健康福祉課)

*個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。