

# 記入例 補助金 (高齢者)

## 高齢者用予防接種連絡票・依頼書交付申請書

令和 年 月 日

- \* ボールペンで太枠内を記入してください。  
(鉛筆・消えるボールペンは使用不可)
- \* 修正箇所は二重線で訂正してください。

続柄 ○本人・家族 ×施設長 ×ケアマネージャー	住所	〒441-8539 豊橋市中野町字中原 100 番地		
	フリガナ 申請者氏名	トヨハシ タロウ 豊橋 太郎		
本人又は家族の方の 承諾を得て代筆してく ださい。	続柄	子	電話	(0532) 39-9109
	本人又は家族以外 の方が代筆の場合	代筆者氏名		
		本人との続柄	例) ○○施設 職員	電話( ) -

代筆の場合でも  
本人名義もしくは  
家族名義で申請し  
てください。  
(本人又は家族以外で  
代筆する方は、氏名等を記  
入してください。)

連絡がとれる  
電話番号を記入

予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹		
被接種者 (予防接種を 受ける方)	住所	〒 - 申請者と違う場合のみ記入	
	フリガナ	トヨハシ ハナコ	
	氏名	豊橋 花子	
	生年月日	明治・大正 <u>昭和</u> 29年4月2日生 (満○○歳)	
接種の本人意思	<input checked="" type="checkbox"/> 確認できる <input type="checkbox"/> 確認できない		
過去の接種 (肺炎球菌の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		
接種費用 (予診票に記載)	<input checked="" type="checkbox"/> 有料 <input type="checkbox"/> 無料		
実施医療機関で 接種できない理由	<input type="checkbox"/> 実施医療機関以外にかかりつけ医がいる <input type="checkbox"/> 医療機関に長期入院中 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設に入所中 <input type="checkbox"/> その他 (理由を記入ください。 )		
接種医療機関名	○○医院 (浜松市 中 区)		
滞在先 (住民票の住所以外 に滞在している場合)	住所	〒123-4567 浜松市中区○○番地○	
	入院医療機関 入所施設名 等	特別養護老人ホーム ○○荘	
	電話番号	(053) 123-4567	
連絡票・依頼書の 受取手段	<input type="checkbox"/> 保健所で受取 <input checked="" type="checkbox"/> 郵送 (送付先: <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 上記滞在先) *返信用封筒が必要 →送付先が施設や病院の場合、書類が届くことについて了承を得ていますか? <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

接種の意思が確  
認できない場合、  
申請不可。

肺炎球菌の接種は  
生涯1回です。  
過去の接種がある  
場合、申請不可。

受取方法が郵送  
返信用封筒に切手  
を貼り、送付先を  
記入してくださ  
い。  
【送付書類の重量】  
約 37g  
110 円切手 貼付  
(定形郵便の場合)  
※料金不足に注意  
ください。

### 提出前のチェックリスト

- 予防接種を希望する医療機関へ連絡し、受け入れ可能か確認しましたか。
- 太枠内はすべて記入しましたか。
- 訂正がある場合、二重線で訂正しましたか。(修正テープ・修正ペンの使用はできません。)