

藤沢市高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種助成券申請書

藤 沢 市 長

申 請 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____
(続 柄 : _____)

電 話 番 号 _____

※申請者欄は、本人が申請する場合もご記入ください。

※代理による申請の場合は、認め印と続柄を記載してください。

藤沢市高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種実施要綱第3条に基づき、予防接種助成券の交付を受けたいので申請します。

予 防 接 種 を 受 け る 者	住 所	藤沢市			
	ふりがな			性 別	男・女
	氏 名				
	生年月日	明治 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 大正 _____ 昭和 _____			
	これまでに肺炎球菌ワクチン予防接種を受けたことがありますか。 (「はい」の場合、助成券の交付はできません。)	いいえ ・ はい			
助成券送付先	本人 ・ 代理申請者 その他 (_____)				

※過去に同じ予防接種を受けたことのある方は助成の対象外です。

上記申請に基づき調査した結果、適正と認められるので次のとおり決定してよいでしょうか。

課長	主幹	課長補佐	主査	担当	起 案	
					決 裁	
					交 付	
決定区分	申請書に基づき助成券の発行を <input type="checkbox"/> 認 め る <input type="checkbox"/> 認 め な い					