

令和7年度高齢者肺炎球菌予防接種県内乗り入れ申請書

届出者氏名 (続柄:)

電話番号 () ※本人申請以外の場合は、
連絡先を記入

※太枠の中を記入してください。

申し込み年月日	年 月 日		
氏名			
生年月日	大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
住所	ふじみ野市		
電話番号	()		
受診医療機関	市・町	医療機関名:	
医師名 (わかる場合)			
理由	①かかりつけ医のため ②施設の指定医のため(施設名:) ③その他()		
過去の接種	今までに肺炎球菌の接種を受けたことが(ない ・ ある) ※1回でも接種したことがある方は対象外です。		

★予防接種を受ける方へ・・・お読みください★
今回の申請で肺炎球菌の予防接種が公費負担で受けられる対象者は、
満65歳の人(65歳の誕生日の前日～66歳の誕生日の前日まで)です。
※それ以外の年齢の方が接種した場合は、全額自己負担となりますのでご注意ください。

【対象者】 ※これ以降は職員が記入します。
※過去に肺炎球菌の接種を受けたことがなく、①または②に該当する方
①満65歳の人(65歳の誕生日の前日～66歳の誕生日の前日まで)
②接種日に60歳以上65歳未満で心臓、じん臓、呼吸機能に自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい、
またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する人。
(いずれも身体障害者手帳1級程度)

職員確認欄			
生年月日	住所	医療機関	接種歴
受付者 サイン			