

様式第1号（第4条関係）

三木市肺炎球菌予防接種無料券・助成券申請書

年 月 日

三木市長 様

申請者住所 三木市

氏名

接種者との関係()

電話番号()

三木市肺炎球菌予防接種費助成要綱第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

住所	〒673— 三木市			
フリガナ 被接種者の氏名		生年月日 ・ 年齢	明治・大正・昭和・ 平成・西暦 年 月 日	歳
身体障害者手帳 (番号等)	第 号	1 腎臓機能障害 2 呼吸器機能障害 3 免疫機能障害 4 心臓機能障害 5 肝臓機能障害 6 膀胱・直腸機能障害 7 小腸機能障害		
人工透析を受けているが身体障害者手帳を保有していない	1 身体障害者手帳 なし 2 身体障害者手帳 手帳申請中 3 その他()			
肺炎球菌ワクチン接種履歴の確認 (1又は2に○印)	1 今回が1回目の接種 2 以前に接種を受けたことがある。		以前に接種をしたことがある方 接種時期 年 月 日	
備 考				