第１号様式（第４条関係）

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請書

（宛先）津市長

年　　月　　日

住所

申請者　氏名　　㊞

電話番号

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用の助成を受けたいので申請します。

被接種者	住所	（申請者と同じ場合は、省略）		
	ふりがな		電話番号	
	氏名	（申請者と同じ場合は、省略）	（申請者と同じ場合は、省略）	
	生年月日	年　　月　　日（　　歳）	性別	男　・　女
	個人番号			
脾臓摘出又は公害健康被害認定の有無（□に✔を記入）		□　無 □　有（脾臓摘出している） □　有（公害健康被害認定を受けている）		
接種希望医療機関名			市内　・　市外（県内）	

同　意　書

私は、下記の事項に同意します。

1　予防接種を受ける前に、予防接種の効果と副反応について、医師の説明を受け、十分に理解した上で、自らの判断で予防接種を受けること。

2　予防接種後に重い副反応による健康被害が生じたときは、独立行政法人医薬品医療機器総合機構の救済給付制度による対応になること。

3　助成金の交付要件に該当しているか、津市が住民基本台帳により確認すること。

4　不正な手段等により、助成を受けたときは、助成金に相当する額の全部又は一部を返還すること。

被接種者氏名　　㊞

被接種者以外の者が申請する場合は、被接種者は下欄の委任状に署名・押印してください。

委　　任　　状

私は、上記申請者に高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成申請に係る手続を委任します。

被接種者氏名　　㊞

【確認】過去に高齢者肺炎球菌（２３価）の予防接種を受けたことがありますか。　はい □　いいえ □

※「はい」を選択された方は助成の対象外になります。

※費用助成の対象は、高齢者肺炎球菌ワクチン２３価です。

【保健センター使用欄】

年齢確認 □	受付日	受付者	窓口	HC 健康づくり課	整理No.	交付日	窓口
接種歴なし □	／		郵送	安濃HC		／	郵送

郵送申請時の添付書類返却
□