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

令和　　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	明治・大正・昭和　　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

【保健センター使用欄】（裏面も確認）

年齢確認 66歳以上 □	受付日	受付印	窓口	HC 健康づくり課	整理№	交付日	窓口	郵送申請時の添付書類返却
接種歴なし □	／		郵送	安濃HC		／	郵送	□