60～64 歳用　予防接種 交付願い

令和　　年　　月　　日

笛吹市長　宛

申請者　氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄　□本人　□同一世帯員　□その他（　　）

次のものの交付をお願いします。

被接種者	氏名（ふりがな）	□申請者と同じ	
	住民票上の住所	□申請者と同じ	笛吹市
	生年月日	年　月　日（　才）	
予防接種の種類 （必要な種類にレ点チェック）	□ 高齢者用肺炎球菌 □ 高齢者インフルエンザ □ 高齢者新型コロナ □ 帯状疱疹		
該当理由 （該当するものにレ点チェック）	□ 心臓機能障害 □ 腎臓機能障害 □ 呼吸機能障害 □ 免疫機能障害		
該当理由に関する書類 （該当するものにレ点チェック）	□ 身体障害者手帳(1 級相当) □ その他（　）		
送付先住所 （郵送申請の場合記入）	□申請者と同じ	〒	

市確認欄

受付担当者：　（　支所） 記録・発行日： 発行担当者：	～本人確認書類～ マイナンバーカード・運転免許証・ 保険証・その他（　）

R7.4.1～