60歳～64歳の厚生労働省令該当者

予診票交付申請書

（宛先）前橋市長

下記のとおり、定期予防接種を受けるため、予診票の発行について申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 申請日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 申　請　者 | フリガナ  氏名 |  | | 被接種者との続柄 |  |
|  | |
| 住所  （住民票上） | 〒 | | | |
| 電話番号 | －　　　　　　　　－ | | | |
| 確認・同意事項 | | **下記をお読みいただき「はい」の場合、□に✔を入れてください。**   * 接種を受ける方は、60～64歳の前橋市民で厚生労働省令に該当しますか。（心臓・腎臓・呼吸器・免疫の機能で身体障害者手帳1級相当） * 接種期間外または今年度2回以上接種した場合、当該接種にかかる費用が全額自己負担になることを理解しましたか。 * 本申請の内容について、市が保有する情報等で確認することに同意しますか。（市は、厚生労働省令該当の有無を確認し、該当する場合に予診票を発行します。） * 接種を受ける方の疾患について、市が医療機関に事実確認を行う場合があることを理解しましたか。 | | | |
| 被　接　種　者  （接種を受ける方） | フリガナ  氏名 | □申請者  と同じ |  | | |
|  | | |
| 住所  （住民票上） | □申請者  と同じ | 〒  前橋市 | | |
| 生年月日 | 昭和　　　 　年　　　　 月　　　　 日（　　　　歳） | | | |
| 厚生労働省令該当の有無について | | 医療機関に確認を　**した　　・　　していない**※どちらかに〇をつける | | | |
| 疾患名／医療機関名 | | 疾患名：　　　　　　　　　（医療機関名：　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ワクチンの種類 | | □新型コロナウイルス感染症　 □インフルエンザ | | | |

※送付先変更が必要な方は別途、送付先変更申請を行ってください。

■市確認欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 |  | 対応者 |  | 本人確認 | 免・保・マイ・在留・その他（　　　　） |
| 委任状の有無 | | □無（同一世帯）　□有（別世帯） | | |