予防接種 予診票（交付･再交付）申請書　（高齢者用）

福井市長 様　　下記のとおり申請します。

※ 太枠内をご記入ください。

申請日	令和　　年　　月　　日

接種を受ける人の氏名	フリガナ	生年月日	明治･大正 昭和･平成　　年　　月　　日 （満　　歳　　カ月）
住　　所	福井市	電話番号	(自宅) (携帯)
申請者の氏名	※受ける人と異なる場合、記載してください。	受ける人との続柄	
申請者の住所	※受ける人の住所と異なる場合、記載してください。		

☑ チェック　　該当する項目にレを付けてください

□交付
- ＊ 転入　（転入日：令和　　年　　月　　日）
- ＊ 海外渡航
- ＊ その他　（理由：　　）

□再交付
- ＊ 紛失
- ＊ 破損
- ＊ その他（理由：　　）

■ 高齢者の予防接種

種　　類	ご希望の予診票に〇をつけてください。	対　　象
高齢者肺炎球菌		①65歳になる方 ③60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害（身体障害者手帳1級程度）を有する方
インフルエンザ （転入者 負担区分変更）		①今年度65歳以上になる方 ②60歳以上65歳未満で、心臓、腎臓、呼吸器機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害（身体障害者手帳1級程度）を有する方

福井市確認欄	システム履歴	発行者