**天草市広域化予防接種申請書**

天草市　　　　　－

令和 年 月 日

天草市長 様

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |
| 申請者住所  　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　） |
| （電話 ） |
| ふりがな  被接種者 |  | |
| 生年月日 | 大正　・昭和　 　年 　 月 　 日　　（　　　　）歳 | |
| 被接種者住所  （住民票住所） | 天草市 | |
| 予防接種 | □ 高齢者肺炎球菌　　　□ インフルエンザ　　　□新型コロナ | |
| 接種希望  医療機関 | 市  医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 天草市で接種  できない理由 | 1. かかりつけ医での接種 　　 2. 施設入所・入院中  3. その他（ 　　　　　　　　　　 ） | |

※申請書等の郵送の場合

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申　　　請　　　書 | | 予　診　票 | 備　　考 |
| 発　送　日 | 返　信　日 | 発　送　日 | ※返信先住所・氏名等 |
|  |  |  |