予防接種予診票（交付・再交付）申請書

大槌町長　様

下記のとおり申請します。

太枠内の記入をお願いします。　　令和　　年　　月　　日

被接種者（予防接種を受ける方）	ふりがな		生年月日	年　月　日（満　歳　ヶ月）
	氏名			
	住所	**大槌町**		
申請者	氏名		続柄	本人・母・父・妻・夫 その他（　　）
	電話番号			
該当する項目を☑、理由として当てはまるもに〇をつけて下さい。				□　**交付**　転入・その他（　　） □ **再交付**　紛失・破損　・その他（　　）

種類（交付希望の予診票に〇をつけて下さい。				**対象**
高齢者	**肺炎球菌**	①65歳（一般）	②60歳～64歳	① 65歳の方（一般） ② 60歳から64歳で心臓、腎臓、呼吸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する方（身体障害者手帳1級）
	帯状疱疹	①65歳以上※（一般）	②60歳～64歳	① 65歳以上の方（一般） ※70.75.80.85.90.95.100歳の方【経過措置】 ② 60歳から64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する方（身体障害者手帳1級）
	インフルエンザ	①65歳以上（一般）	②60歳～64歳	① 65歳以上の方（一般） ② 60歳から64歳で、心臓、腎臓、呼吸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する方（身体障害者手帳1級）
	新型コロナ	①65歳以上（一般）	②60歳～64歳	① 65歳以上の方（一般） ② 60歳から64歳で、心臓、腎臓、呼吸機能障害、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害を有する方（身体障害者手帳1級）
確認事項（☑をつけてください）	**□　上記の交付申請をする予防接種は、接種していません。**			

（健康福祉課確認欄）チェックリスト記入			受付印
受付者	確認者		
□	□	健康管理システム確認（住所、氏名、生年月日、接種歴）	
□	□	接種済ではないか	
□	□	対象期限日を過ぎていないか（公費負担日）	
□	□	予診票に相違がないか（予診票の色、予防接種種類）	
□	□	予診票に再交付と記入（朱字）	
□	□	（必要時）医療機関へ連絡、確認	
①の対象の方			
□	□	65歳か（肺炎球菌）	
□	□	今年度65、70、75、80、85、90、95、100歳の方（帯状疱疹）	
□	□	65歳以上（インフルエンザ、コロナウイルス）	
②の対象の方			
□	□	60～64歳で身体障害者手帳1級	
□	□	心臓、腎臓、呼吸機能障害、ヒト免疫不全による免疫機能の障害を有する（肺炎球菌、インフルエンザ、コロナウイルス）	
□	□	ヒト免疫不全による免疫機能の障害を有する方（帯状疱疹）	
受付者：		確認者：	