

高齢者用肺炎球菌予防接種費用助成券再交付申請書

申請日 年 月 日

高齢者用肺炎球菌予防接種費用助成券の再発行を申請します。

【申請者】（窓口に来られた方）

※助成券の再交付を受ける本人が来られた場合、記載は不要です。

氏 名	続柄 ()
住 所	
電 話 番 号	

【対象者】

住 所	筑後市大字
氏 名	
生 年 月 日	昭和・大正・明治 年 月 日
電 話 番 号	
再交付の理由 (該当するものに○をつけてください)	・紛失 ・破損 ・転入 ・その他 ()

確認事項

重複して接種した場合、2回目以降の接種については助成の対象から外れることの説明を受け、説明の内容に同意します。

署名 _____

【市役所記入欄】

- ① 本人確認書類等： 運転免許書 ・ マイナンバーカード
その他 ()
- ② 接種履歴の確認： 接種歴 (あり ・ なし)
対応者： ()