

(高齢者帯状疱疹、高齢者肺炎球菌、高齢者新型コロナ・高齢者インフルエンザ)

$$\overline{\tau} = \frac{1}{\tau}$$

被接種者との関係

被 接 種 者 氏 名	フ リ ガ ナ
	男 ・ 女
生 年 月 日	大正 ・ 昭和 年 月 日 （ 満 歳 ）
住民登録のある住所	☐ 上記申請者住所と同じ 吹田市

接種を希望するワクチンを ○で囲んでください	接種医療機関の所在する 市区町村名	接種医療機関名	依頼書の宛先（※1）
1. 高齢者帯状疱疹			長宛
	ワクチンの種類が２種類のため、 <u>接種する予定のどちらかに必ずチェック</u> をしてください。 ☐ 生水痘ワクチン（１回） ☐ 組換えワクチン（２回）		
2. 高齢者肺炎球菌			長宛
3. 高齢者新型コロナ			長宛
4. 高齢者インフルエンザ			長宛
他市等で 接種する理由	1 かかりつけ医療機関が市外にあるため 2 市外施設に入所中 3 市外に長期滞在中 4 その他（ ）		
送付先住所	☐ 被接種者の住所 ☐ 申請者（施設）の住所 ☐ その他：〒		

被接種者の 世帯について	☐ 課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ 中国残留邦人等支援給付受給世帯 「課税世帯」以外に属され、希望の接種予診票をもっていない場合は、一部負担金免除申請書が必要となります。吹田市ホームページに掲載しているほか、医療機関・地域保健課に設置しています。
-----------------	---

◎この申請は接種前のみ有効です。接種後は予防接種実施依頼書の交付はできません。