

柏原市高齢者肺炎球菌ワクチン接種費用助成券交付申請書

申請日：令和 年 月 日

柏原市長 様

申請者 住所

氏名	被接種者 との続柄
電話	

下記のとおり助成券を申請します。
なお、市がこの申請内容について、必要な情報を確認することに同意します。

記

被 接 種 者	ふりがな		
	氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	(大正 ・ 昭和)	年 月 日
	住 所	〒 ー 柏原市	
	電話番号	ー ー	
	助成券の 受取方法	窓口にて手渡し ・ 郵送 (被接種者の住所・申請者の住所)	
	これまでにこの助成を受けたことがあるか。	☐ はい ・ ☐ いいえ	
	過去に肺炎球菌ワクチンを接種したことがあるか。	☐ はい ・ ☐ いいえ	

【注意事項】

この助成を受けられるのは、接種時点で柏原市に住民登録があり、一度も高齢肺炎球菌ワクチンを接種したことがない方のみです。

健康づくり課記入欄 (記入しないでください)	
受付日：	郵送日：
発行： 窓口 ・ 郵送	