

様式第2号 (第6条関係)

## 能勢町高齢者の肺炎球菌予防接種予診票再交付申請書

能勢町長様

ご記入ください 年 月 日

申請者 ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 本人 同居の親族

その他 ( )

能勢町高齢者の肺炎球菌予防接種事業実施要綱第6条第2項の規定に基づき  
下記のとおり予診票の交付を申請します。

(ふりがな) 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	ご記入ください
生年月日		年 月 日

窓口確認欄 <small>(担当者が記入します)</small>	1. 過去に肺炎球菌予防接種を 受けたことがあるか	有 ・ 無
	2. 予防接種予定日に 65歳であるか	はい ・ いいえ
	3. 接種履歴確認の結果	未接種 ・ 接種済
	4. 予診票の交付	可 ・ 不可

確認者 /