

青森市高齢者肺炎球菌予防接種予診票交付申請書  
兼自己負担金免除（無料）申出書

太枠内をご記入ください。

年 月 日

青森市長 宛

私は、下記に該当するため、青森市高齢者肺炎球菌予防接種予診票の交付を申請します。

【確認の上、該当する場合は、ア・イ に○をつけてください】

ア これまで肺炎球菌ワクチン（ポリサッカライド）の接種を受けたことがなく、今年度の  
高齢者肺炎球菌予防接種の対象年齢に該当します。

（非課税世帯・生活保護受給者の場合、○をつけてください）

イ 肺炎球菌予防接種自己負担金の免除（無料）の申出をします。

なお、申出内容の確認のため、当該世帯員の市民税課税情報、または生活保護認定情報の  
閲覧に同意します。

申出者（接種希望者）

住 所：

氏 名：

生 年 月 日： 昭和 年 月 日 （ 歳）

電 話 番 号：

※代筆された場合は下記にご記入ください。（医療機関、施設等のかたの代筆は、施設名もお願いします。）

代筆者の氏名： （申出者との関係： ）（施設名： ）

※青森市記入欄（こちらには記入しないでください。）

| 申請区分     | 自己負担金           |                      | 送付状況  |
|----------|-----------------|----------------------|-------|
| 郵送<br>窓口 | 有               | 無                    | 済 ・ 未 |
|          | ・ 課税世帯<br>・ その他 | ・ 非課税世帯<br>・ 生活保護受給者 |       |