

※必要な接種券の□にチェックを入れてください。

☐肺炎球菌 ☐新型コロナ ☐带状疱疹

接種券及び接種済証 新規・再発行申請書

都城市長 宛

年 月 日

※接種履歴確認※		☐ 未接種 ☐ 【带状疱疹】1回接種(組換えワクチン)※生ワクチンは1回で終了です。	
申請者	フリガナ		対象者 との続柄
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生	
	住 所	都城市	
※申請者の身分 証明書を持参く ださい	電話番号	※平日の昼間に連絡が取れる番号をご記入ください。	

対象者	フリガナ	
	氏 名	☐ 申請者と同じ
	生年月日	☐ 申請者と同じ 年 月 日生
	住 所	☐ 申請者と同じ 都城市
	電話番号	※平日の昼間に連絡が取れる番号をご記入ください。 ☐ 申請者と同じ

〈同意書欄〉	※必ず確認し、チェックしてください
☐ 当初郵送された接種券が見つかった場合は、必ず当初郵送された接種券を破棄する。 (新規発行の方は除く)	
☐ 虚偽の申請等により、 重複で接種を受けた場合は、接種費用(ワクチン代含めた以下の金額)をお支払いいただきます。 ※虚偽の申請には、失念等も含みます。 ・肺炎球菌…7,799円 ・新型コロナ…15,708円 ・带状疱疹…生ワクチン(8,860円)、組換えワクチン(22,060円)	
☐ 【肺炎球菌の方】これまでに高齢者の肺炎球菌感染症予防接種(プレベナー13 ワクチンを除く。)を完了した方(自費での接種含む)は、原則対象ではありません。	
☐ 【带状疱疹の方】これまでに带状疱疹の予防接種を完了した方(自費での接種含む)は、原則対象ではありません。	
上記内容に同意し、接種券の発行・再交付を申請します。	
申請者署名 _____	

受付(職員記入欄)			
受付日	/	受付方法	★申請者の確認書類 ☐ 身分証明書…顔写真有1つ または 顔写真無2つ (免許証・マイナンバーカード、資格確認書、介護保険証、)
受付者			★対象者(対象者が申請者と同一でない時)確認書類 ☐ 委任状(受付時確認 ☐ 対象者本人が自署または押印した)
履歴確認 (口頭・かるて)	無・有		☐ 【委任状 対象者記入不可】対象者の身分証明書持参(コピー不可)
枝番号		←エクセルに入力・確認し、必ず記入してください	