※必要な接種券の□にチェックを入れてください。

（R8.4 月改定版）

□肺炎球菌　□新型コロナ　□帯状疱疹
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　□【帯状疱疹】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 ※申請者の身分証明書を持参ください	ﾌﾘｶﾞﾅ		対象者との続柄	
	氏　名			
	生年月日	年　月　日生		
	住　所	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。		

対象者		
	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	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…１１，７２０円　　・新型コロナ…１５，７４１円

・帯状疱疹…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 23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン又は肺炎球菌結合型ワクチンを接種した方（自費接種含む）で、医師が接種を行う必要がないと認めた方は、対象外です。

□**【帯状疱疹の方】**これまでに帯状疱疹の予防接種を完了した方（自費接種含む）で、医師が接種を行う必要がないと認めた方は、対象外です。

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			
履歴確認 （口頭・かるて）	無 ・ 有		★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） □【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	