

# 新型コロナウイルス感染症予防接種・インフルエンザ予防接種 予診票発行申請書

令和 年 月 日

新城市長 宛

申請者 ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_  
新城市

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ( )

被 接 種 者	ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住民票に記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
申請理由	<input type="checkbox"/> 自己負担金（課税状況）の変更 添付書類 <input type="checkbox"/> 手元の予診票 <input type="checkbox"/> 前市町村の非課税証明書 ※転入の場合 <input type="checkbox"/> 60～65歳未満の対象者 （心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者） 添付書類 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 または 診断書		

## ※健康課処理欄

※予診票がある場合 <input type="checkbox"/> 予診票回収	発行日
※予診票がない場合 <input type="checkbox"/> 被接種者の身分証明書（免許証、マイナンバーカード、その他） <input type="checkbox"/> 申請者の身分証明書（免許証、マイナンバーカード、その他）	