

高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン予防接種申込書

(60 歳～64 歳)

申込日：令和 年 月 日

氏 名			
生年月日	大正 昭和 年 月 日	年齢	歳
住 所	佐渡市		

*本人の意思を確認した上で、代理で申し込みます。

代理人氏名_____ (代理で申し込んだ方のみ記載)

*佐渡市以外の医療機関で接種する方は、申込時にお知らせ願います。

身体障害者手帳 1 級（心臓・じん臓・呼吸器機能障害）の提示	有 ・ 無
--------------------------------	-------

上記の提示がない場合は、医療機関による証明が必要です。

高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン定期接種対象者証明書

上記の者は、基礎疾患により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していることを証明します。

(以下の疾患のうち、該当するものの番号を○で囲んでください)。

- 【基礎疾患名】
- 1 心臓疾患
 - 2 じん臓疾患
 - 3 呼吸器疾患
 - 4 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印