

高齢者肺炎球菌ワクチン予防接種 3,000円補助券 申込書

★対象者：65歳以上（または60歳以上で医師が必要と判断した人）

フリガナ		性 別
氏 名		男・女
生年月日	大正 昭和	年 月 日 歳
住 所	〒470-01□□ 日進市	
電話番号	() -	
前回接種日	平成 年 月 日・接種歴なし	

※注意事項

- (1) 前回接種から5年以上の間隔をあけてください。
1日でも不足すると助成できませんのでご注意ください。
(5年未満の再接種は副反応の心配があるため、
5年を経過してからお申込みください。)
- (2) 助成を受けられるのは、定期接種を含めて2回までです。
- (3) 補助券は市指定医療機関のみ使えます。
- (4) 市指定医療機関以外(市外等)で接種する場合は、
健康課(保健センター)へお問い合わせください。