

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

- 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。)
- 助成を受けられるのは、定期接種を含めて2回までです。
- 補助券は市指定医療機関のみ使えます。
- 市指定医療機関以外(市外等)で接種する場合は、
保健センターへお問い合わせください。