

横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券再交付申請書

年 月 日

(申請先)

横浜市 長

申請者氏名 _____ ⑩
(18歳未満の場合は保護者名)

連絡先電話番号 _____ () _____

横浜市 23 価肺炎球菌ワクチン接種助成クーポン券の再交付を受けたいので申請します。

助成対象者	住所			
	氏名		性別	生年月日
			男・女	年 月 日
身体障害者手帳	番号	障害種別・等級		
	第 号	〔心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう又は直腸 ・小腸・HIVによる免疫・肝臓〕機能障害 ____級		
過去の接種状況	過去、5年以内に23価肺炎球菌ワクチンを接種していますか。 (該当する方に、○をしてください) はい ・ いいえ ※「はい」の場合、原則、クーポン券を再交付することができません。			
再交付申請理由 ※紛失等又は再接種の該当する箇所に記入してください。	紛失等	紛失 ・ 盗難 ・ 破損 ・ 汚損 ・ 有効期限切れ その他 (具体的に: _____)		
	再接種	【前回接種年月日】 年 月 日 接種		

※必ず身体障害者手帳の写しを添付してください。