

定期予防接種証明書発行申請書

(60歳以上65歳未満で心臓・じん臓・呼吸器機能に重い障害を有する方及び
ヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に重い障害を有する方用)

年 月 日

湯沢市長 様

申請者 住 所
氏 名

定期予防接種を受けたいので、次のとおり申請いたします。

氏 名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住 所	(連絡先電話番号)		
障 害 名	※該当する項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> その他()		
障害手帳交付番号		身体障害者等級表 による級別	級
障害手帳交付日	昭和・平成・令和 年 月 日		
発行区分	※希望するものにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌予防接種		

※添付書類 ①身体障害者手帳の写し