

被接種者名簿

※この名簿は、「大和高田市高齢者定期接種(自己負担金免除・市外接種)申請書・3人以上用」の添付書類です。この名簿単体では申請できません。

番号	被接種者(申請者)氏名	住所(ただし全員同施設内である場合などは1人のみの記入で可)	生年月日	連絡先電話番号 (申請者に代表連絡先を記入 した場合は記入不要)	申請の種類	予防接種の種類	接種医療機関 区分	申請理由	「市外」医療機関名称	「市外」医療機関が 所在する市町村名
(例)	高田 太郎	大和高田市西町1番45号	昭和 ○ 年 △ 月 ○ 日	0745-23-6661	■定期接種自己負担金の免除 ■「市外」医療機関での予防接種	■高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 ■市外	■入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()	〇〇府立△△△病院	大阪市
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		
			年 月 日		□定期接種自己負担金の免除 □「市外」医療機関での予防接種	□高齢者インフルエンザ □高齢者肺炎球菌 □新型コロナウイルス感染症 □带状疱疹(□生ワクチン□不活化ワクチン)	□市内 □市外	□入院 □入所 □かかりつけ医 □その他()		

職員記入欄

免除区分の決定	本人確認書類※
非課税世帯 (□課税・■非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	⑥⑦
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	
非課税世帯 (□課税・□非課税) 生活保護世帯(□該当・□非該当)	

※本人確認書類を確認する担当者は、本人確認書類の番号を入力してください。

顔写真入り (1種類)	①運転免許証(運転経歴証明書含む)②パスポート ・ マイナンバーカード③住民基本台帳カード(写真つき)④ 身体・精神障害者保健福祉手帳⑤その他
顔写真なし (2種類)	⑥年金手帳 ⑦資格確認書 ⑧介護保険証 ⑨後期高 齢者医療証⑩マイナンバー通知カード⑪生活保護受給者 証 ⑫その他