

別紙 高齢者等予防接種無料券交付申請書（医療機関、施設用）

※無料券を希望する予防接種の□にチェックを付けてください。

接種希望者	住 所	小樽市			保健所記入欄	
	氏 名	フリガナ ()	性 別	男 · 女	本人確認書類	無料券交付No.
	生年月日	大正 昭和 年 月 日	年 齡	満 歳	マイナンバーカード	インフル
	予防接種名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症			保険証	コロナ ()
	住 所	小樽市			本人確認書類	無料券交付No.
	氏 名	フリガナ ()	性 別	男 · 女	マイナンバーカード	インフル
	生年月日	大正 昭和 年 月 日	年 齡	満 歳	保険証	コロナ ()
	予防接種名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症			本人確認書類	無料券交付No.
	住 所	小樽市			マイナンバーカード	インフル
	氏 名	フリガナ ()	性 別	男 · 女	保険証	コロナ ()
	生年月日	大正 昭和 年 月 日	年 齡	満 歳	本人確認書類	無料券交付No.
	予防接種名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症			マイナンバーカード	インフル
	住 所	小樽市			保険証	コロナ ()
	氏 名	フリガナ ()	性 別	男 · 女	本人確認書類	無料券交付No.
	生年月日	大正 昭和 年 月 日	年 齡	満 歳	マイナンバーカード	インフル
予防接種名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症			保険証	コロナ ()	
住 所	小樽市			本人確認書類	無料券交付No.	
氏 名	フリガナ ()	性 別	男 · 女	マイナンバーカード	インフル	
生年月日	大正 昭和 年 月 日	年 齡	満 歳	保険証	コロナ ()	
予防接種名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症					

※5名以上の場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

【提出先】小樽市保健所 健康増進課 宛