

## 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	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 年 月 日 昭和	年 齢	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				( )
種	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 年 月 日 昭和	年 齢	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				( )
希	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 年 月 日 昭和	年 齢	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				( )
望	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 年 月 日 昭和	年 齢	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				( )
者	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 年 月 日 昭和	年 齢	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