

帯状疱疹ワクチン定期予防接種
市外接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

健康推進課長 様

(市・町・村)の(医療機関名) において、

(該当の予防接種に☑してください) ☐ 帯状疱疹 生ワクチン

☐ 帯状疱疹 不活化ワクチン(1回目)

☐ 帯状疱疹 不活化ワクチン(2回目)

の予防接種を受けたいので依頼書の発行を申請します。

申請者	氏名	続柄 ()
	住所	天理市 町
	電話	
被接種者	氏名	
	生年月日	T・S 年 月 日 : 満() 歳
	住所	天理市 町
	電話	
	市外接種理由 該当に☑	☐ かかりつけ医 ☐ 入院 ☐ 入所 ☐ その他()

市外接種の自己負担金徴収しました。

☐ 生ワクチン 2,500円 ☐ 不活化(1回目) 7,000円 ☐ 不活化(2回目) 7,000円 徴収者サイン()

帯状疱疹ワクチンの自己負担金の助成を受けたいので申請します。

申請者氏名()

申請を受けた後、生活保護受給票で確認または社会福祉課に該当かどうか

確認することに (同意します ・ 同意しません)

確認職員名 ()