

带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)  带状疱疹 生ワクチン  
 带状疱疹 不活化ワクチン(1回目)  
 带状疱疹 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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	昭和 年 月 日 : 満( )歳
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 天理市 町
	電話	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	市外接種理由 該当に☑	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> その他( )
費用	生ワクチン	<input type="checkbox"/> 2,500円 <input type="checkbox"/> 無料(生活保護受給世帯)
	不活化ワクチン (1回目)	<input type="checkbox"/> 7,000円 <input type="checkbox"/> 無料(生活保護受給世帯)
	不活化ワクチン (2回目)	<input type="checkbox"/> 7,000円 <input type="checkbox"/> 無料(生活保護受給世帯)

生活保護受給世帯に該当される場合は、下記ご記入をお願いします。

带状疱疹ワクチンの費用助成を受けたいので、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。

申請者氏名( )

市外接種の費用を徴収、または確認しました。

生ワクチン 2,500円  
 不活化ワクチン(1回目) 7,000円  
 不活化ワクチン(2回目) 7,000円  
 生活保護受給世帯(生活保護受給票・社会福祉課( )に確認)

確認者サイン( )