

様式第3号（第5条関係）

四條畷市高齢者带状疱疹予防接種 無料接種券交付申請書

令和 年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 住 所  
氏 名  
被接種者氏名  
電 話 番 号

次のとおり予防接種無料接種券交付を申請します。また、四條畷市立保健センターが対象者であるかの審査をするにあたり、関係機関への照会及び関係機関等がこの照会に対する回答に同意します。

|                         |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 予防接種の種類                 | 高齢者带状疱疹 該当する□に✓をつけてください。<br>また、乾燥組換え带状疱疹ワクチンを希望する場合は、<br>希望する回数に○をしてください。<br><input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン<br><input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチン（ 1 回目 ・ 2 回目 ） |
| 接種医療機関または<br>接種高齢者施設の種類 | （医療機関）<br>名称：<br>住所：                                                                                                                                                       |
|                         | （特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・介護老人保健施設・養護老人ホーム）<br>名称：<br>住所：<br>※生活保護受給者のみ発行ができます                                                                                                    |
| 無料接種券対象事由               | 該当番号に○をつけてください。<br>1 生活保護受給者<br>2 身体障がい者手帳1級・2級<br>3 療育手帳A<br>4 精神障がい者保健福祉手帳1級                                                                                             |

※ 以下は記入しないでください。

|                                                         |                     |          |       |     |
|---------------------------------------------------------|---------------------|----------|-------|-----|
| 確認事項                                                    | 接種する予防接種の対象年齢に該当する  | 可 ・ 否    | 交付番号  |     |
|                                                         | 接種歴を確認、予防接種の対象に該当する | 可 ・ 否    | 受 付 印 |     |
|                                                         | 免除対象の資格確認           | 可 ・ 否    |       |     |
| 起 案 日                                                   | 令和 年 月 日            |          |       |     |
| 決 裁 日                                                   | 令和 年 月 日            |          |       |     |
| 上記の申込者については、自己負担金の免除対象者であると認められるので、無料接種券を交付してよろしいか伺います。 |                     | 所 長      |       | 担 当 |
|                                                         |                     |          |       |     |
| 無 料 接 種 券 の 交 付 日                                       |                     | 令和 年 月 日 |       |     |