

高齢者带状疱疹予防接種 実施依頼書交付申請書

令和 年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 住所
氏名
(被接種者との続柄)

電話

四條畷市が実施する予防接種法に基づく予防接種を、下記のとおり他市区町村で受けたいため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。また、高齢者各種予防接種において、表中の自己負担金免除者に該当する場合、対象であるかの審査について同意いたします。

被 接 種 者	住 所	四條畷市	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
他市で接種する理由 (あてはまるものに☑)		☐ 先天性疾患、慢性疾患、難病等の身体的事情により主治医の判断が必要 入院または通院 (医療機関名) ☐ 施設入所中 (施設名) ☐ 市外医療機関でしか接種できない、やむを得ない理由 (理由)	
実施依頼書送付先住所 (申請者住所と送付先が異なる場合のみ記入)		〒 (様方)	
接種医療機関名 及び所在地		医療機関名 : 所在地 : 〒	
予防接種の種類		高齢者带状疱疹 ※自己負担免除者は右項目にレ点を記入 ☐ 乾燥組み換え带状疱疹ワクチン (1回目 ・ 2回目) ☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン	☐ 身体障がい者手帳 1 ・ 2 級 ☐ 療育手帳 A ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 1 級 ☐ 生活保護世帯