

高齢者带状疱疹予防接種 実施依頼書交付申請書（施設用）

令和 年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 所在地

施設名

代表者

⑨

電 話

当施設に入所・入院中の四條畷市民について、下記のとおり予防接種法に基づく予防接種を希望されているため、予防接種実施依頼書を交付していただきますよう申請します。また、自己負担金免除の該当者であるかの審査について同意をいただいております。

記

1 接種予定日 年 月 日

2 実施場所
（所在地）

3 予防接種の種類
高齢者带状疱疹

4 依頼書送付先・担当者名

5 接種希望者
別添のとおり

氏 名	住 所	生年月日 (和暦)	種 別 ※該当箇所にレ点 を記入	接種医療機関名 (所在地)	一部負担金免除者 (免除項目) ※自己負担免除者は下記項目にレ点を記入
	四條畷市	年 月 日	☐ 生ワクチン 組換え ☐ 1回目 ☐ 2回目		☐ 身体障がい者手帳 1 級・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
	四條畷市	年 月 日	☐ 生ワクチン 組換え ☐ 1回目 ☐ 2回目		☐ 身体障がい者手帳 1 級・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
	四條畷市	年 月 日	☐ 生ワクチン 組換え ☐ 1回目 ☐ 2回目		☐ 身体障がい者手帳 1 級・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
	四條畷市	年 月 日	☐ 生ワクチン 組換え ☐ 1回目 ☐ 2回目		☐ 身体障がい者手帳 1 級・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

多数の場合は別紙を添付してください。

施設名 : _____

ご担当者 : _____