

## 記入例(家族)

県内市外・南奈良・県外・償還 No. \_\_\_\_\_

## 五條市B類疾病予防接種市外接種申込書

申込日:令和 \* 年 4 月 15 日

市外医療機関におけるB類疾病予防接種を希望します。

予防接種の種類	*接種を希望する予防接種に✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌(66歳以上は対象外) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹( <input checked="" type="checkbox"/> 組換ワクチン <input type="checkbox"/> 生ワクチン)		
接種者	ふりがな	カルム けんこうたろう	
	氏名	カルム 健康太郎	
	生年月日	大正・ <u>昭和</u> 西暦(AD)	▲年 ▲月 ▲日 (満 75 歳)
	住所	五條市 野原西6-1-18	
	電話番号	<input type="checkbox"/> 接種者本人 <input checked="" type="checkbox"/> (子)	090-****-****
	生活保護受給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
	接種者本人は、予防接種を受けることに同意していますか。 同意がない場合には定期予防接種の対象にはなりません。 <input checked="" type="checkbox"/> はい		
接種希望医療機関	医療機関名	〇〇クリニック	
	住所(市町村名)	奈良県〇〇市	
	電話番号	07**-**-****	
	<input type="checkbox"/> かかりつけ <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中(施設名 〇〇苑 ) <input type="checkbox"/> その他( )		
申請者 <input type="checkbox"/> 接種者本人	氏名	カルム 健康花子	
	生年月日	<u>昭和</u> ・平成	◆年 ◆月 ◆日 (満 50 歳)
	接種者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 家族・親族(子) <input type="checkbox"/> その他( ) *家族以外が申請する場合、委任状が必要です。	
	住所	〒637-**** 五條市野原西6-1-18	
	日中の連絡先	電話番号	080-****-****

## 【健康推進課で記載】

生活保護受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
自己負担金	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 免除 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 償還	
徴収金額	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(1,500円) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(2,500円) <input type="checkbox"/> コロナウイルス(5,000円) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(□2,500円・□6,000円×2回)	合計