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　　月　　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。 ☐ 新型コロナウイルス感染症　☐ 高齢者肺炎球菌（66歳以上は対象外） ☐ インフルエンザ　☐ 帯状疱疹(☐組換ワクチン　☐生ワクチン)	
接種者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和 西暦(AD)　年　月　日　（満　歳）
	住所	
	電話番号	☐ 接種者本人 ☐ (　　)
	生活保護受給の有無	☐ 無　・　☐ 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。	☐ はい
	接種希望医療機関	医療機関名
		住所 (市町村名)
		電話番号
		☐ かかりつけ　☐ 入院・入所中（施設名　　） ☐ その他（　　）
申請者 ☐ 接種者本人	氏名	
	生年月日	昭和・平成　年　月　日　（満　歳）
	接種者との続柄	☐ 家族・親族（　　）☐ その他（　　） ＊家族以外が申請する場合、委任状が必要です。
	住所	〒
	日中の連絡先	電話番号

【健康推進課で記載】

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