

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	五條市 (接種日に五條市に住民票がある人のみ接種可能です)	
	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	〒 (接種者と同じ場合は同上との記載可)	
	日中の連絡先	電話番号 (接種者と同じ場合は同上との記載可)	

【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) ☐ 肺炎球菌(3,500円) ☐ コロナウイルス(5,000円) ☐ 帯状疱疹(□2,500円・□6,000円×2回)	合計