

記入例(本人)

県内市外・南和企業団・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 10 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。 ☒ 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	けんこう たろう	
	氏名	健康 太郎	
	生年月日	大正・昭和 西暦(AD)	▲年 ▲月 ▲日 (満 75 歳)
	住所	五條市 ○○町***番地	
	電話番号	☒ 接種者本人 ☐ ()	090-****-****
	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	○○クリニック
住所 (市町村名)		奈良県○○市	
電話番号		07**-**-*****	
☐ かかりつけ ☒ 入院・入所中(施設名 ○○苑) ☐ 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) ☐ 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

記入例(家族)

県内市外・南和企業団・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 10 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。 ☒ 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	けんこう たろう	
	氏名	健康 太郎	
	生年月日	大正・昭和 西暦(AD)	▲年 ▲月 ▲日 (満 75 歳)
	住所	五條市 ○○町***番地	
	電話番号	☐ 接種者本人 ☒ (子)	090-****-****
	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	○○クリニック	
	住所 (市町村名)	奈良県○○市	
	電話番号	07**-**-*****	
	☐ かかりつけ ☒ 入院・入所中(施設名 ○○苑) ☐ その他()		
申請者 ☐ 接種者本人	氏名	健康 花子	
	生年月日	昭和・平成	◆年 ◆月 ◆日 (満 50 歳)
	接種者との続柄	☒ 家族・親族(子) ☐ 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○○*-*-*	
	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	☐ 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

記入例(家族以外)

県内市外・南和企業団・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 10 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。 ☐ 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 ☐ 带状疱疹(☐ 組換ワクチン ☐ 生ワクチン)		
接種者	ふりがな	けんこう たろう	
	氏名	健康 太郎	
	生年月日	大正・昭和 西暦(AD) ▲年 ▲月 ▲日 (満 75 歳)	
	住所	五條市 ○○町***番地	
	電話番号	☐ 接種者本人 ☒ (子) 090-****-****	
	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	○○クリニック	
	住所 (市町村名)	奈良県○○市	
	電話番号	07**-**-*****	
	☐ かかりつけ ☒ 入院・入所中(施設名 ○○苑) ☐ その他()		
申請者 ☐ 接種者本人	氏名	大塔 星子	
	生年月日	昭和 ◆年 ◆月 ◆日 (満 50 歳)	
	接種者との続柄	☐ 家族・親族() ☒ その他(知人) *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○○町□□□番地	
	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	☐ 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) ☐ 带状疱疹(□2,500円・□6,000円×2回)	合計