

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。 <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 type="checkbox"/> 帯状疱疹(<input type="checkbox"/> 組換ワクチン <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 接種者本人 <input type="checkbox"/> ()		
	生活保護受給の有無	<input 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 type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 入院・入所中(施設名) <input type="checkbox"/> その他()		
申請者 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 家族・親族() <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	〒		
	日中の連絡先	電話番号		

【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(3,500円) <input type="checkbox"/> コロナウイルス(5,000円) <input type="checkbox"/> 帯状疱疹(<input type="checkbox"/> 2,500円・ <input type="checkbox"/> 6,000円×2回)		合計