

高齢者の肺炎球菌・带状疱疹区域外予防接種申込用紙

令和 年 月 日

指定医療機関での予防接種が困難であり、下記医療機関において接種を希望します。

申込者	住所	〒		
	施設名			
	担当者名		電話番号	() ※日中連絡のとれる番号を記入してください

被接種者名	生年月日	住 所	予防接種の種類
	T ・ S . .	羽曳野市	肺炎球菌・带状疱疹
	T ・ S . .	羽曳野市	肺炎球菌・带状疱疹
	T ・ S . .	羽曳野市	肺炎球菌・带状疱疹
	T ・ S . .	羽曳野市	肺炎球菌・带状疱疹
	T ・ S . .	羽曳野市	肺炎球菌・带状疱疹
	T ・ S . .	羽曳野市	肺炎球菌・带状疱疹
	T ・ S . .	羽曳野市	肺炎球菌・带状疱疹
	T ・ S . .	羽曳野市	肺炎球菌・带状疱疹
	T ・ S . .	羽曳野市	肺炎球菌・带状疱疹
	T ・ S . .	羽曳野市	肺炎球菌・带状疱疹
理由 (○をつけてください)	1. 特殊な疾病を有しており、指定医療機関での予防接種ができないため 2. 医療機関への入院、介護保健施設等への入所等により、市外に長期滞在しているもの 3. その他()		
滞在先	〒		
予防接種 実施医療機関	医療機関名		
	所在地	都・道 府・県	市・区 町・村
書類送付先	(申込者の住所 ・ 滞在先) その他の場合は以下に記入してください。 〒		
依頼書の宛先	市町村長 ・ 医療機関		
接種費用	接種医療機関のある自治体の公費負担制度 あり ・ なし(全額自己負担)		

※上記の依頼書の宛先・接種費用は接種予定の医療機関がある自治体に必ずご確認ください。