

役 場 事 務 処 理 欄		
課長	リーダー	グループ

愛知県広域予防接種申請書(带状疱疹)

南知多町長殿

令和 年 月 日

窓口に
来られた方 氏名 (続柄)

住所

電話番号 () -

愛知県広域予防接種事業による南知多町外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

※太枠内をご記入ください。

年 齢 事 項		必要書類	自己負担額
☐	接種日において、带状疱疹予防接種の対象年齢に該当する方	_____	ビケン 2,700円/回 シングリックス 6,600円/回
☐	接種日において、満60歳以上65歳未満の方で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能の障害を有する方	身体障害者手帳	
☐	上記の項目いずれかに該当し、かつ生活保護世帯の方	生活保護受給証明書	無料

带状疱疹ワクチンの接種は今回が初めてですか？ はい・いいえ

申請理由 該当番号 に ○をつけて ください。	1. 町外にかかりつけ医がいる 2. 長期入院治療等で町内で予防接種が困難 3. 高齢者施設等に入所している 4. その他()			
医療機関 所在地	市 ・ 町		希望 医療機関名	
予防接種 を 受ける方	住所	☐ 申請者と同じ 〒470- 南知多町大字		
	ふりがな	☐ 申請者と同じ	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
	電話番号	☐ 申請者と同じ () -		

<サービスセンター利用欄> ☐ 郵送…接種を受ける方の住所宛て ☐ 郵送…その他(郵送先→) ☐ サービスセンター渡し ☐ 上記以外()	収受印
--	-----

役 場 事 務 処 理 欄		
課長	リーダー	グループ

愛知県広域予防接種申請書(带状疱疹)

南知多町長殿

令和 ○年 ○月 ○日

窓口に来られた方 氏名 **南知多 太郎** (続柄 **本人**)

住所 **南知多町豊浜字貝ヶ坪18**

電話番号 (**0569**) **65** - **0711**

愛知県広域予防接種事業による南知多町外での予防接種を希望しますので、次のとおり愛知県広域予防接種連絡票の発行を申請します。

※太枠内をご記入ください。

年 齢 事 項		必要書類	自己負担額
☒	接種日において、带状疱疹予防接種の対象年齢に該当する方	_____	ビケン 2,700円/回 シングリックス 6,600円/回
☐	接種日において、満60歳以上65歳未満の方で、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能の障害を有する方	身体障害者手帳	
☐	上記の項目いずれかに該当し、かつ生活保護世帯の方	生活保護受給証明書	無料

带状疱疹ワクチンの接種は今回が初めてですか？

はい・いいえ

申請理由 該当番号に○をつけてください。	1. 町外にかかりつけ医がいる			
	2. 長期入院治療等で町内で予防接種が困難			
	3. 高齢者施設等に入所している			
	4. その他()			
医療機関所在地	武 豊 市 町		希望医療機関名	〇〇クリニック
予防接種を受ける方	住所	☒ 申請者と同じ 〒470ー 南知多町大字		
	ふりがな	みなみちた たろう		
	氏名	☒ 申請者と同じ (男・女)	生年月日	大正・ 昭和 ○ 年 4 月 5 日 (満 65 歳)
	電話番号	☒ 申請者と同じ () —		

施設で受ける場合は、施設が委託している医療機関名を記入してください。

<サービスセンター利用欄>

- ☐ 郵送…接種を受ける方の住所宛て
☐ 郵送…その他(郵送先→)
☐ サービスセンター渡し
☐ 上記以外()

収受印