

带状疱疹予防接種予診票交付申請書

(再交付・広域化・交付)

玉名市長 様

申請日 令和 年 月 日

申請者 氏

住 所

氏 名

対象者(接種を受ける人)との関係

電話

下記の理由により予診票の(次の該当するものに○)再交付・広域化・交付を申請します。

なお、予診票再発行後、紛失等の予診票にて誤って重複接種となった場合は、接種料金は全額自己負担になることに同意します。

1 接種を受ける人

住 所 玉名市

氏 名

(フリガナ)

生年月日 (大正 昭和)

年

月

日生

2 接種を希望する医療機関名〔

()市町村〕

3 発行理由

- | | |
|----------|--------------------|
| 1. 紛失のため | 2. 広域化医療機関で接種希望のため |
| 3. 転入のため | 4. その他 () |

4 広域化希望者必須:生活保護受給の有無 (有・無)←○をつけてください。
受給証明書がある場合は、予診票と一緒に医療機関に提出すると無料になります。

5 備考 ()

市確認事項

- 住基・健康管理システム(接種歴)
- 対象者リスト
- 対象者確認: 免許証・健康保険証・その他 ()
- 転入の場合は、接種履歴を確認: 前自治体及び本人への聞き取り

受付者名

日付印