高齢者予防接種実施依頼書等発行申込書

令和　　年　　月　　日

加 古 川 市 長　様

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書または予防接種に関する連絡書の発行をお願いします。

予防接種の種類	対象者（※申込前に対象かどうか確認してください）
高齢者帯状疱疹ワクチン ①の要件を確認し、 ②の該当箇所に〇をしてください。	①令和７年度中に 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 歳以上になる方
	②あなたは過去に帯状疱疹の予防接種を受けたことがありますか。 ・ない ・ある ⟶ 定期接種対象外です。

接種を受ける人の氏名	（フリガナ）	生年月日	昭和　　年　　月　　日 （　　歳）
被接種者の住所 （住民登録の住所）	〒　　－ 加古川市		
申込理由 ＊あてはまるものに〇をつけてください	・高齢者施設に入所しているため ・病院に入院しているため ・上記以外に長期滞在しているため ・その他（　　）		
ワクチン種別	□ 生ワクチン（ビケン）　□不活化ワクチン（シングリックス）		
滞在先 （入院先・入所先） の住所	〒　　－		
	世帯主名（または入院・入所施設名）		
	電話番号		
接種する医療機関 （同上の場合は記入不要）	医療機関住所	〒　　－	
	医療機関名		
	電話番号		
	接種予定日	令和　　年　　月　　日（※空欄でも結構です）	
申込者氏名	（フリガナ）	被接種者との関係	
申込者住所	〒　　－		
	電話番号		
書類送付先 ＊希望するものに〇をつけてください	滞在先 ・ 申込者住所地 ・ その他（　　）		
添付書類 ＊添付するものに〇をつけてください	生活保護の受給者・市民税非課税世帯の方で、以下のいずれかの書類をお持ちの方は写しを同封してください。ただし、介護保険料段階１～３段階のものに限る。 ・介護保険料納付通知書 ・介護保険料納付額決定通知書 ・介護保険料額決定（変更）通知書 ※上記の書類がない場合は、別途費用免除申請が必要になります。		
備考			

※ **申込者は、本人又は家族の方に限ります。**

※ **添付書類については、７月までは令和６年度分、８月以降は令和７年度分を提出してください。**

※ 意思確認のできない方は、接種できません。

※ 実施依頼書等の発行は、申込書受付後、約２週間かかりますのでご了承ください。

※ 申込書に記入後、加古川市地域医療課あてに郵送でお送りください。

市役所記入欄	広域　・　広域外	備考