様式第５号（第４関係）

記載例

高齢者帯状疱疹ワクチン予防接種実施依頼書交付申請書

該当箇所に✔を入れてください　※対象者に該当するかご確認ください

申請日を記入　　年　　月　　日

＜対象者＞ 右記のいずれかに該当する場合に依頼書を発行できます。	該当する方に☑を入れてください。 ☑ 接種する日において65歳の者、国が定める「定期接種実施要領」の経過措置の対象者（接種する日の属する年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳又は100歳となる者等） ☐ 接種する日において60歳以上65歳未満の者で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に重大な障害のあるもの（これらに該当することが分かる身体障害者手帳（１級）又は医師の診断書等が必要）

（申請先）茨木市長

依頼書を送付する先の宛名をご記入ください

申請者（依頼書送付先）	住所	〒 567-0031 茨木市春日三丁目13番5号
	氏名	茨木　太郎
	接種を受ける者との続柄	本人 ・ その他（　　）
	電話番号 （連絡の取れる番号）	072-625-6685

茨木市以外の市区町村で高齢者帯状疱疹ワクチン予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。
なお、申請要件の確認のため、予防接種を受ける者の住民基本台帳を市長が閲覧することに同意します。

接種を受ける者	フリガナ	イバラキ　タロウ	性　別
	氏　名	茨木　太郎	男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和　36年　4月　10日　（　65　歳）	
	住　所 電話番号	☑ 上記と同じ ☐ 上記以外 （記入してください。）	〒 茨木市 電話番号　-　-
予防接種名	☐ 乾燥組換え帯状疱疹ワクチンを２回接種 ☐ 乾燥組換え帯状疱疹ワクチンを１回接種済、２回目のみを接種 ☑ 乾燥弱毒生水痘ワクチン（１回接種）		
確認事項	☑ 右の記載事項を確認しました。	上記で乾燥弱毒生水痘ワクチンを選択した方： 次に該当の方は使用できないため、かかりつけ医に確認ください。 ・先天性及び後天性免疫不全状態 ・薬剤等による治療を受けており、明らかに免疫抑制状態 ・輸血又はガンマグロブリン製剤の投与を受けてから３か月未満 ・ガンマグロブリン製剤の大量療法を受けてから６か月未満 ・他の生ワクチン（注射剤）の接種を受けてから４週間未満に接種予定	
接種予定年月 ※２回接種希望の方は１回目の接種予定を記載	令和　8　年　11　月	公的接種期間：令和8年4月1日～ 令和9年3月末日まで	
接種医の所属する医療機関の市区町村	大阪　都 道 府 県　高槻　市 区 町 村		
依頼書の宛先（医療機関の市区町村に確認）	1 市区町村長宛て　2 医療機関宛て（医療機関名：　　）		
申請理由	1 主治医での接種を希望 2 入院 ・ 入所中 3 その他（　　）		

接種予定の予防接種・接種回数を「✔」してください

乾燥 弱毒生水痘ワクチンを「✔」した方は、確認事項をよく読み、「✔」してください

接種する医療機関の所属する市町村をご記入ください

依頼書の宛先について、上記の市町村にご確認ください

※注意事項　接種される市区町村により、茨木市の予診票が使えない場合や事前手続が必要な場合がありますので、**必ず接種を希望される前に市区町村の予防接種担当部署に依頼書の宛先等を確認の上、依頼書発行後に接種してください。**また接種費用は市区町村によって異なります。

（職員記入欄）

依頼書番号（　　）

受付