様式第６号（第４関係）

施設用

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（施設用）

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

申請者（依頼書送付先）	所在地	〒
	施設名	
	施設長	
	電話番号	

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。

予防接種名	**☐ 乾燥弱毒生水痘ワクチン（１回接種）** **☐ 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**	
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	年　　月	公的接種期間 ：　　年　月　日～　　年　月　日
接種医の所属する医療機関の市区町村	都　道 府　県	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：　　）	

	フリガナ 氏　　名	性別	生年月日	年齢	住　　所
接種を受ける者		男・女	大正 ・ 昭和 年　月　日	歳	〒 茨木市
		男・女	大正 ・ 昭和 年　月　日	歳	〒 茨木市
		男・女	大正 ・ 昭和 年　月　日	歳	〒 茨木市
		男・女	大正 ・ 昭和 年　月　日	歳	〒 茨木市
		男・女	大正 ・ 昭和 年　月　日	歳	〒 茨木市

※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