

高齢者带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 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 <b>申請日を記入</b> <input checked="" type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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）
---	--

<b>依頼書を送付する先の 宛名をご記入ください</b>	(依頼書送付先) <b>申請者</b>	所在地	〒 567-0031 茨木市春日三丁目13番5号
		施設名	社会福祉法人 ○○○
		施設長	茨木 次郎
		電話番号	072-625-6685

接種予定の予防接種・接種回数を「」してください。

茨木市以外の市区町村で高齢者带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	<input type="checkbox"/> 乾燥弱毒生水痘ワクチン（1回接種） <input checked="" type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチンを2回接種 <input type="checkbox"/> 乾燥組換え带状疱疹ワクチンを1回接種済、2回目のみを接種
接種予定年月 <small>※2回接種希望の方は 1回目の接種予定を記載</small>	<b>令和 7 年 11 月</b>   公的接種期間: 令和7年4月1日～ 令和8年3月末日まで <b>接種する施設担当医の所属する市区町村をご記入ください</b>
接種医の所属する 医療機関の市区町村	大阪 都 道 大阪 市 区 府 県 町 村
依頼書の宛先(医療機関 の市区町村に確認)	<input checked="" type="checkbox"/> 市区町村長宛て   <input type="checkbox"/> 医療機関宛て (医療機関名: )

依頼書の宛先について、所属する市区町村にご確認ください

接種を受ける者	フリガナ	性別	生年月日	年齢	住 所
	氏 名				
	イバラキ ハナコ	男	大正・昭和	95歳	〒 567-0888 茨木市 駅前三丁目8番13号
	茨木 花子	女	5年 4月 7日		
	イバラキ タロウ	男	大正・昭和	89歳	〒 567-0888 茨木市 駅前三丁目8番13号
	茨木 太郎	女	11年 3月 29日		
		男	大正・昭和	歳	〒 茨木市
		女	年 月 日		
		男	大正・昭和	歳	〒 茨木市
		女	年 月 日		
		男	大正・昭和	歳	〒 茨木市
		女	年 月 日		

※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

--