帯状疱疹接種券発行申請書兼同意書

同一年度内に帯状疱疹定期接種を完了しているにも関わらず再度接種した場合、接種費用は全額自己負担になることを同意し発行を申請します。

申請者　氏名　　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　　　　　　　　（必ず、自署してください。署名のない場合は発行できません。）

住所　　　東近江市

電話番号

受診者との続柄　　□本人　□同居の親族　□その他（　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者名 | □申請者と同じ |  |
| 現　住　所 | □申請者と同じ | 東近江市 |
| 生 年 月 日 | 大正・昭和　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 帯状疱疹の  接種状況 | □未接種  □不活化ワクチン１回目接種済（接種日：令和　年　月　日） | |
| 交付理由 | □紛失  □60歳～65歳未満でヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を  有する人（身体障害者手帳１級相当）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

|  |  |
| --- | --- |
| 委任状 | 申請者が本人又は同居の親族以外の場合は、以下を記入してください。  私は、次の者を代理人と定め、接種券発行に係る権限を委任します。  被接種者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  代理人　　住所  　　　　　氏名 |

【処理確認欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ログヘルス確認 | 住基確認 | 本人確認 | 再接種による  全額自己負担説明済 |
|  |  |  |  |