

带状疱疹ワクチン接種無料接種券交付申請書兼同意書

(あて先) 枚方市長

私は、この度、枚方市が実施する予防接種を受けるにあたり、下記の理由により接種料金の免除を申請します。

【対象者】 接種日時時点で枚方市に住民票がある

- ①年度内に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる人(令和7年度のみ100歳以上の人も対象)
②60歳～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害があり、内部障害1級の身体障害者手帳保持者(※1)、または主治医により同程度以上の障害であることの見解書(本市様式による)の交付を受けた人(※2)

(※1は身体障害者手帳、※2は見解書の添付が必要です。)

申請日 令和 X年 XX月 XX日
内容を確認し、✓してください。
無料接種券は枚方市以外では使用できません。
枚方市の取扱医療機関で接種する 【接種医療機関名: OO病院 ・ 未定】
住所 枚方市禁野本町2-13-13
氏名 枚方彦星
生年月日 大・昭 XX年 XX月 XX日

該当する番号に○を付けてください。

理由
1. 生活保護受給者
2. 市民税非課税世帯
3. 中国残留邦人等支援給付者
ご確認の上、□に✓をお願いします
申請にあたり、生活保護受給状況を確認することに同意します。
申請にあたり、市民税課税台帳の閲覧等により、最新年度の課税状況を確認することに同意します。

内容を確認し、✓してください。

※被接種者(予防接種を受ける人)と申請者が異なる場合のみ記入してください。

無料接種券の送付先に申請者住所を希望する場合は□に✓をお願いします。

申請者 住所 (フリガナ) 氏名
被接種者の代理で申請される人の情報。(被接種者本人申請の場合は記入不要)

希望するワクチンのいずれか1つに○を付けてください。ワクチンによって接種回数や効果等が異なります。医療機関によっても取扱ワクチンが異なりますので、予約の際に医療機関にご確認ください。

組換えワクチン(シングリックス) 2か月の間隔をおいて2回接種
生ワクチン(ビケン) 1回接種
免疫不全者、免疫抑制治療中は対象外

※带状疱疹ワクチンを接種済の人は原則対象外です。過去に組換えワクチンを1回のみ接種し、これから2回目を接種する場合、右記に✓してください。 2回目のみ接種希望

シングリックスを過去に接種したことがある場合は✓してください。

無料接種券は必ず接種期間内にご使用ください。

場合は、事前に予防接種実施依頼です。

(右記のインターネット、郵送、電話のいずれか)

