**令和7度　与謝野町高齢者帯状疱疹指定外医療機関接種申請書**

※与謝野町役場保健課に提出してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種を受ける人 | ふ　り　が　な |  | | | |
| 氏　　名 |
| 住　　所 | 与謝野町字　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　　　　　） | | | |
| 生年月日 | 大正 　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日　（満　　　　歳） 昭和 | | | |
| 予防接種を 受ける 医療機関 | 病院名又は施設名 |  | | | |
| 医師名又は施設長名 |  | | | |
| 住　　所 | **〒**  　　　　　　　　　　　　　　　　電話(　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 上記医療機関で受ける理由 | |  | | | |
| 予防接種を受ける人は生活保護世帯ですか | | はい ・ いいえ | ⇒「はい」の場合、京都府交付の「保護決定通知書」はありますか。　　　はい　・　いいえ | | |
| 京都府交付の「保護決定通知書」がない場合⇒　無料接種券の申請 | | 要　・　不要 | ⇒「要」生活保護世帯かどうか町保健課が確認することに  同意しますか。　　はい　・　いいえ | | |
| ※生活保護世帯の確認には、時間がかかります。確認後、依頼をいたします。ご了承ください。 | | |
| 申請者 | ふ　り　が　な |  | | 予防接種を 受ける人 との続柄 |  |
| 氏　　名 |
| 住　　所 | 〒 | | | |
| 電　　話 |  | | | |

**町保健課から確認や問合せが必要な場合の連絡先**（該当するものに○をしてください。③の場合は電話番号を記入）

① 予防接種を受ける人と同じ　　② 申請者と同じ　　　③ その他 　電話番号〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

**予診票等の必要書類送付先**（該当するものに○をしてください。③の場合は送付先を記入）

1. 接種医療機関に予診票を含めて全ての必要書類を保健課から直接送付
2. 接種医療機関に予診票は接種を受ける人が持参するが、その他の必要書類は保健課から送付

　　　　送付先：①接種医療機関に送付　　　②申請者に送付

　　　　　　　　③その他の送付先　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　 あて先(氏名) 　☎

３、接種医療機関に書類等の送付希望なし　　　書類の具体的な受取り方法：

お願い：必要書類の送付には申請受領後、数日かかります。ご了承ください。