

高齢者带状疱疹ワクチン予防接種実費徴収分免除及び費用免除券交付申請書

記入日 令和 年 月 日

(あて先) 寝屋川市長

(届出人氏名)

(被接種者との関係性)

本人 ・ 世帯主 ・ 妻 ・ 夫 ・ 子 ・ 施設職員
ケースワーカー ・ その他 ()

(電話番号)

この度、以下の予防接種を受けたいので、予防接種法第28条の規定による実費徴収分(自己負担額)を免除にし、費用免除券を交付していただきたく申請します。

なお、寝屋川市が費用免除券を交付するに必要な生活保護受給及び住民基本台帳に関する情報を確認することに同意します。

確認事項	<input type="checkbox"/> これまでに带状疱疹ワクチンを受けたことがありません。 <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチンを受けたことがあります。(生ワクチン ・ 組換えワクチン)
希望する予防接種 (ワクチン種別)	<input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン(生ワクチン) 接種回数 1回 <input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン(組換えワクチン) 接種回数 2回
被接種者 氏名	届出人と同じ
住所	寝屋川市
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)
電話番号	届出人と同じ

(職員用事務処理欄)

承認・不承認の別	受付	照合
1 申請書の通り認め、費用免除券を交付する		
2 認めない		

確認事項

1 被接種者の資格の有無(生活保護受給証明書)を確認	<input type="checkbox"/> 受付者	<input type="checkbox"/> 照合者
2 接種歴及び3情報(氏名・住所・生年月日)をシステムで確認	<input type="checkbox"/> 受付者	<input type="checkbox"/> 照合者
3 交付台帳への入力・照合(システム表示どおりに入力)	<input type="checkbox"/> 受付者	<input type="checkbox"/> 照合者
4 費用免除券への交付日・氏名・交付番号の記載・照合	<input type="checkbox"/> 受付者	<input type="checkbox"/> 照合者
5 65歳未満の場合、障害者手帳のコピーを申請書に添付	<input type="checkbox"/> 受付者	<input type="checkbox"/> 照合者

交付年月日	令和 年 月 日	交付番号	带状疱疹 1回目	带状疱疹 2回目