

記入例

藤井寺市予防接種依頼書発行申請書

令和〇年 〇月 〇日

藤井寺市長 様

住所 藤井寺市岡1丁目1番1号
申請者 氏名 藤井寺 太郎
電話 072-123-4567
本人との関係 本人

藤井寺市で実施する予防接種を受けることができないため、予防接種依頼書の発行をお願いします。

記

Form with fields: 対象者氏名 (ふりがな ふじいでら たろう, 藤井寺 太郎), 生年月日 (昭和●年 ◆月 ■日生), 住所 (藤井寺市岡1丁目1番1号), 電話 (072-123-4567), 依頼先 (1. 予防接種センター, 2. 他市区町村, 3. 医療機関), 予防接種名 (带状疱疹), 理由 (1. 実家等に長期滞在のため, 2. 対象者の疾患等により), 滞在地 (〒〇〇〇-〇〇〇〇, 大阪府羽曳野市〇〇町〇〇番地〇号, 〇〇〇病院), 保護者氏名 (<記入不要>), 送付先 (申請者住所・依頼先住所・その他)

該当する方に○で 囲んでください

接種される施設 名・施設所在地を ご記入ください

該当する方に○で 囲んでください

## 記入例

### 带状疱疹予防接種依頼書発行申請に関する確認事項

該当する方に○で  
囲んでください

下記の質問項目に該当箇所に○で囲んでお答えください。

質問項目	回答欄	
1. 今までに任意で带状疱疹予防接種を受けたことはありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
2. 現在、副腎皮質ステロイド剤、免疫抑制剤使用の治療を受けていますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
3. 最近で輸血・ガンマグロブリン製剤の治療を受けましたか。※1	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
4. 接種希望のワクチンの種類を選択してください。	不活化 シングリックス	<input checked="" type="radio"/> 生 ビケン
5. 保険証の種類を記入してください。	国民健康保険	

質問 1. で「はい」と答えた方は助成の対象外となります。

質問 2・3 で「はい」と答えた方は不活化ワクチンの接種となります。

お持ちの保険証の種類をご  
記入ください

※1 輸血・ガンマグロブリン製剤の治療を受けた方は、水痘生ワクチンを接種するためには3か月（ガンマグロブリン製剤の多量投与：200 mg/kg 以上の場合は6か月）あける必要があります。

上記質問に同意の上、予防接種依頼書発行申請いたします。

施設・病院での記入の際は、問診された方の氏名の代筆をお願いします

令和 ○年 ○月 ○日

申請者（代筆者）署名

藤井寺 太郎

（続柄） 本人