

藤井寺市带状疱疹ワクチン予防接種依頼書発行申請書

令和 ○年 ○月 ○日

藤井寺市長 様

申請される方の住所・
氏名・電話番号を
ご記入ください

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带状疱疹ワクチン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

被接種者	氏名	藤井寺 太郎
	生年月日	昭和●●年 ◆◆月 ○○日生（○○歳）
	住所	藤井寺市岡1丁目1番1号
依頼先		○○○病院 羽曳野市 (施設所在地) 市区町村長
実施予定日		令和 ■年 ■月 ■日
理由		①. 病院に入院中のため 2. 施設に入所中のため 3. その他（
滞在施設等名称及び所在地		〒○○○-○○○ 大阪府羽曳野市○○○町○○番地○○号 電話072-○○○-○○○
依頼書送付先		〒583-8583 藤井寺市岡1丁目1番1号 藤井寺 太郎 (施設等に送付する場合、担当者名：) 電話

接種される施設
名・施設所在地を
ご記入ください

接種日が未定の場合
は
空白でも構いません

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	☒ 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	☒ 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	☒ 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	☒ 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。

お持ちの保険証の種類をご
記入ください

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。

※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