

(別紙様式1)

他市町村での带状疱疹予防接種願

令和 年 月 日

夕張市長 様

1. 被接種者 住 所 夕張市

氏 名

生年月日 明治・大正・昭和

年 月 日 (歳)

性 別 男 ・ 女

電話番号 - -

2. 接種を希望する 実施機関名

住 所 〒 -

電話番号 - -

現在、【 】に入院(入所)していることから、
带状疱疹予防接種を上記機関にて接種したく、予防接種依頼書を発行し
てくださるようお願いいたします。

【医療機関等記入箇所】 医療機関等の設定額を記入

予防接種費用 (実費額)	円
予診のみ費用 (体調不良等で接種ができなかった場合)	円

※ 添付書類

身分証明書(マイナンバーカード、健康保険証、運転免許証など)の写し