他市町村での帯状疱疹予防接種願

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、帯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