

滋賀県予防接種広域化事業申請書・確認書

令和 年 月 日

栗東市長 竹村 健 様

申請者 住所 : 栗東市
(被接種者) 氏名 :
電話 :

令和7年度 滋賀県予防接種広域化事業での予防接種を申請します。

様

栗東市 健康増進課

令和7年度 滋賀県予防接種広域化事業で申請していただいた予防接種は下記の通りです。
ご確認ください。また、下記の注意事項にご留意ください。

記

Table with 5 rows: 予防接種の種類, 被接種者住所, 被接種者氏名, 被接種者生年月日, 接種予定年月日, 予防接種実施医療機関

<注意事項>

- * 県内の広域化事業協力医療機関等で接種することができます。
* 接種日までに栗東市から転出される(された)場合には、資格を喪失しますので依頼票は無効になります。
* 転出後に接種された場合、もしくは依頼票を不正に使用した場合は、予防接種等にかかる費用を、全額自己負担していただきます。
* なお、依頼票の有効期限は、令和 年 月 日 ~ 令和8年3月31日までとします。

<医療機関受診時の持ち物>

- ① 高齢者帯状疱疹予防接種予診票
② 高齢者帯状疱疹予防接種依頼票(様式第2号)
③ 高齢者帯状疱疹予防接種委託料請求書(様式第3号)
④ 高齢者帯状疱疹予防接種委託料請求明細書(様式第4号)
⑤ 接種券
⑥ 高齢者帯状疱疹_接種券(シール)貼付手順

<問合せ先> 栗東市 健康増進課
〒520-3015
栗東市安養寺190番地
栗東市総合福祉保健センター内
電話: 077-554-6100
FAX: 077-554-6101

代筆者

氏名() 続柄() 電話番号()
住所(同居でない場合) -> (申請者住所・代筆者住所・入所施設)(下記、送付先住所記入)
送付先住所()