

令和 年 月 日

館林市長 様
(健康推進課)

館林市

申請者 住 所

氏 名

(続 柄 : 本 人 ・)

電 話 ()

定期予防接種(B類) 区域外実施申請書

下記のとおり で予防接種を希望しますので、依頼書の発行を申請いたします。
(予防接種 実施医療機関)

記

被接種者	住 所	☐ 申請者と同じ 館林市		
	氏 名	☐ 申請者と同じ	電 話	☐ 申請者と同じ —
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (満 歳)		
依頼理由		1 かかりつけ医師のため 2 その他 ()		
予防接種		申請する予防接種の種類(該当するものに○をつけてください)		
		・高齢者インフルエンザ	(自己負担額 1,000 円、 公費負担額上限 4,665円)	
		・高齢者用肺炎球菌	(自己負担額 2,000 円、 公費負担額上限 7,152円)	
		・新型コロナウイルス感染症	(自己負担額 3,000 円、 公費負担額上限 13,016円)	
		・帯状疱疹	生ワクチン (自己負担額 2,000 円、 公費負担額上限 6,756円) 組換えワクチン (自己負担額 5,000 円、 公費負担額上限 16,956円)	

※接種後、接種費用の公費負担額の給付申請手続きは、期限までにおこなってください。
給付申請手続きの期限を過ぎた場合、費用の支払いはできません。

(令和7年度)