

館林市長 様
(健康推進課)

申請日を記載してください

令和 年 月 日

館林市

申請者 住 所

申請者の住所・氏名
等を記載してください

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)

接種を予定している医療機関
名を記載してください

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		
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○をつける)		
		・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)	

接種を受けるかたの住所・氏名、予防接種の種類等を記載してください

※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。