

青森市高齢者带状疱疹予防接種予診票交付申請書
兼自己負担金免除（無料）申出書

令和 年 月 日

青森市長 宛

私は、下記に該当するため、青森市高齢者带状疱疹予防接種予診票の交付を申請します。

【確認の上、該当する場合は、ア・イ に○をつけてください】

ア これまでに带状疱疹ワクチン任意接種を受けていない又は完了してなく、今年度の高齢者
带状疱疹予防接種の対象年齢に該当します。

（非課税世帯・生活保護受給者の場合、○をつけてください）

イ 带状疱疹予防接種自己負担金の免除（無料）の申出をします。
なお、申出内容の確認のため、当該世帯員の市民税課税情報、または生活保護認定情報の
閲覧に同意します。

申出者（接種希望者）

住 所：

氏 名：

生 年 月 日： 大正 ・ 昭和 年 月 日 （ 歳）

電 話 番 号：

※代筆された場合は下記にご記入ください。（医療機関、施設等のかたの代筆は、施設名もお願いします。）

代筆者の氏名： （申出者との関係： ）（施設名： ）

※青森市記入欄（こちらには記入しないでください。）

申請区分	自己負担金		送付状況
郵送 窓口	有	無	済 ・ 未
	・ 課税世帯 ・ その他	・ 非課税世帯 ・ 生活保護受給者	