

高齢者带状疱疹予防接種にかかる
生活保護世帯等用予診票（無料券）交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）山形市長

申請者（被接種者）

住所 山形市

氏名

生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付世帯に該当するため、高齢者带状疱疹予防接種にかかる生活保護世帯等用予診票（無料券）の交付を申請します。つきましては、住民基本台帳及び生活保護状況又は中国残留邦人等支援給付支援状況を確認することに同意します。

被接種者 ※太枠内代筆可

住所	山形市	ふりがな	
		氏名	
生年月日	大正 昭和 年 月 日 （満 歳）		
連絡先	TEL : 【申請者以外の場合のみ以下記載】 氏名： 被接種者との関係：		
申請区分	☐ 対象年齢で山形市から生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受けている方 ・・・「本人確認書類」が必要 ☐ 他市町村から生活保護を受給している方 ・・・「本人確認書類」+「生活保護受給者証明書(来庁・郵送いずれも原本)」が必要 ☐ 60歳～64歳で、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障がいがあり（身体障がい者手帳1級相当）、日常生活がほとんど不可能な状態にある、生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受けている方 ・・・「本人確認書類」+「身体障がい者手帳」が必要		
ワクチンの種類	☐ 組換えワクチン1回目 ☐ 組換えワクチン2回目 ☐ 生ワクチン		
接種予定医療機関		接種予定日	未定・予約済（ 年 月 日）
【申請者以外が窓口を持参した場合のみ以下記載】 ☐ 申請書持参者に予診票（無料券）を交付することに同意します。 申請書持参者 氏名： 被接種者との関係：			
【送付先住所】（上記住所以外への送付を希望する方のみ）			

- 【必要書類】・本人確認書類は顔写真付きの身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証等）。
・来庁の場合は原本、郵送の場合は写しをご用意ください。
・60歳～64歳で郵送申請する場合、身体障がい者手帳は顔写真がある面を全て開いた状態でコピーしてください。

市確認欄 ※記載不要
☐ 生活保護世帯 ☐ 中国残留邦人等支援給付世帯 ☐ 非該当 生活支援課対応職員名（ ）
☐ 本人確認書類 ☐ 障がい者手帳（60歳～64歳） ☐ 生活保護受給者証明書（他市町村から受給） ☐ 年齢5歳刻み