

● 代理申請をする場合は下欄にご記入ください。

| | | | | |
|---------------------------|----------|------------------------|------|--|
| 委任者 (被接種者) | フリガナ | | | |
| | 氏名 | ⑩ (署名または記名押印) | | |
| 私は、次の者に申請に関する一切の権限を委任します。 | | | | |
| 受任者 (代理申請者) | フリガナ | | | |
| | 氏名 | (事業所の場合は事業所名も記入してください) | | |
| | 住所 | | | |
| | 被接種者との関係 | | 電話番号 | |

郵送による申請で、被接種者の住所以外に接種券を送付する場合、下欄にご記入ください。
※記載がない場合は被接種者の住所へ送付します。

- 1、受任者の住所
- 2、その他の送付先の場合は下欄へ記入

〒 _____

住所 _____

名前 _____

【注意事項】

- ・ 接種券は、高槻市と带状疱疹予防接種業務委託契約を締結した委託医療機関で使用できます。
- ・ 費用無料証明処理がされた接種券で、すでに医療機関に支払った一部自己負担金の払い戻しはできません。払戻しを希望する場合は、高槻市保健所において償還払いの手続きを行う必要があります。