

【高齢者】

予防接種実施依頼申請書

令和 年 月 日

(あて先) 大阪狭山市長

予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者 (接種を受ける人)	フリガナ			日中に連絡のつく電話番号
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	(歳)
	住所	大阪狭山市		
予防接種名 (希望するものに ○をつけて ください)	高齢者インフルエンザ			※年度内に1回限り
	高齢者新型コロナウイルス			※年度内に1回限り
	高齢者肺炎球菌			※生涯に1回限り
	高齢者帯状疱疹			1回目 ・ 2回目 ※規定の年度のみ
申請の理由 (○をつけて ください)	・かかりつけ医 ・入院・入所中 ・その他の理由 (名称 所在地) () ()			
予防接種を受ける 医療機関	所在地 都・道 市 名称 府・県 町・村			
依頼書の宛先 (○をつけて ください)	※ 依頼書の宛先は、医療機関・ () 市町村長 () 医療機関長 施設の所在する市町村に 確認の上、申請してください。			

※被接種者と申請者が異なる場合に記入してください。

申請者	氏名	被接種者との続柄 ()	日中に連絡のつく電話番号
	住所		

<必ずお読みください>

- 実施依頼書は、予防接種を受けたことにより、万一健康被害などが発生した場合、救済を行うための書類です。
- 実施依頼書は、作成に2週間程度要します。
- 必要書類：本人確認できるもの コピー可 (注)郵送の場合はコピー (代理申請の場合、申請者の確認書類も必要)
送付先の住所・接種を受ける人の名前を記入し、切手を貼った返信用封筒
(1依頼につき、依頼書と予診票3枚つづりになります。切手の不足が生じた場合は、着払いになります。)

【職員記入欄】

被接種者 個人番号カード 健康保険証 運転免許証 その他()	申請者 個人番号カード 健康保険証 運転免許証 その他()	続柄 住基 公的書類	本人確認書類の確認者
--	---	---------------	------------

予防接種実施依頼書について

下記の事項をよくお読みください。

- **やむを得ない理由がある場合**に大阪狭山市の委託医療機関以外で接種を受けることができます。
- 予防接種実施依頼書は、予防接種を受けたことにより万一健康被害などが発生した場合、予防接種法に基づく救済を行う市町村を明確にするために発行するものです。
- 大阪狭山市の委託医療機関以外での接種は、**接種費用が必要となる場合**があります。

申請前に 接種を受ける医療機関の所在する市町村の予防接種担当課に **接種費用の負担（公費負担か全額自己負担）・依頼書の宛先** をご確認ください。

公費負担なし（全額自己負担）の場合は、償還払いの制度があります。

※償還払いの申請期限は、予防接種日から1年以内です。

- 予防接種実施依頼申請書は**もれなく**ご記入ください。
記入に不備があれば、電話で確認しますので”**日中に連絡のつく電話番号**”を必ずご記入ください。電話が通じない場合は、発行に時間を要します。
- 申請時には、被接種者（および申請者）の公的な本人確認書類が必要です。
- 予防接種実施依頼書ができあがれば申請書に記入された”送付先”に郵送します。

返信用封筒（切手を貼付）にも”送付先”をご記入ください。

発行までに**2週間位**かかります。

原則、当日発行はできません。

- 予防接種を受けるときには、受け入れ先の市町村の接種方法に従ってください。