

多摩市長 殿

申請者（被接種者（未成年者の場合は保護者）を記載してください。）

住 所 〒（ ー ）

氏 名

電 話 （ ）

申請者以外の連絡先（申請者以外に連絡が必要な場合に記載してください。）

氏 名

電 話 （ ）

被接種者との関係

多摩市予防接種実施依頼書交付申請書

次のとおり他区市町村で予防接種を受けるため依頼書の交付を受けたいので、多摩市予防接種費用の助成に関する要綱第4条第1項の規定により申請します。

被接種者	住 所	〒（ ー ）			
	フリガナ		男・女	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 か月)
	氏 名				
滞在先住所及び滞在期間	〒（ ー ） 年 月 日から 年 月 日まで				
実施医療機関名及び所在地					
予防接種の種類	(回目)	実施予定 年 月 日	年 月 日		
	(回目)		年 月 日		
	(回目)		年 月 日		
	(回目)		年 月 日		
申請理由	1 医学的な事情、医師の判断等によりかかりつけ医での接種が必要なため 2 出産、疾病等により他の区市町村に滞在し、滞在先の医療機関での接種が必要なため 3 医療機関、福祉施設等に入所しており、協力医療機関での接種が困難なため 4 その他 []				

(裏面に続きます。)

(裏面)

予防接種必要書類希望送付先	1 申請者住所（上記の申請者住所と同じ。） 2 滞在先住所（上記の滞在先住所と同じ。） 3 その他 〔 〒（ — ） 〕
予防接種の実施に関する同意事項	次の事項に同意する場合は、□に✓を記入してください。 <input type="checkbox"/> 他区市町村で予防接種を受けるため、この申請書に記載した内容を予防接種の実施を希望する他区市町村又は医療機関等へ必要な範囲で提供することに同意します。
書類の添付及び書類に関する同意事項	次のいずれかに該当する場合は、□に✓を記入し、記載された書類を添付してください（次のいずれにも該当しない場合は、記入及び書類の添付は不要です）。 <input type="checkbox"/> 生活保護の被保護者等の場合 被保護者であることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ又は高齢者肺炎球菌の予防接種を受けようとする者について、60歳以上65歳未満で障害の等級が1級の場合 身体障害者手帳の写し 上記のいずれかに該当する場合で、次の事項に同意するときは、□に✓を記入してください。（上記のいずれかにも該当しない場合は、記入は不要です。） <input type="checkbox"/> 上記のいずれかに該当し、書類の添付が必要な場合に、その書類の写し又は書類に記載された内容を予防接種の実施を希望する他区市町村又は医療機関等へ提供することに同意します。

※ 上記の「生活保護の被保護者等」とは、生活保護法による被保護者世帯に属する者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯に属する者をいいます。

※ 上記に記載された同意事項に同意しない場合又は書類の添付がない場合（書類の添付が必要とされる場合に限り）は、予防接種の実施又は予防接種費用の助成を受けることができない場合があります。