

予防接種を受ける日よりも前の日にちをご記入ください。

高齢者予防接種用記入例

令和3年 10月 1日

多摩市長 殿

申請者は、被接種者になります。できる限りつながりやすい電話番号を記入してください。

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 〒（206—0011） 多摩市関戸4-19-5

氏名 多摩 花子

電話 042 （376） 9111

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 多摩 太郎

電話 042 （375） 8111

被接種者との関係 長男

交付申請書の件で確認させていただくことがあります。申請者以外に連絡が必要な場合はご記入ください。電話番号は、できる限りつながりやすい番号を記入してください。

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	〒（206—0011） 多摩市関戸4-19-5			
	フリガナ	タマ ハナコ	男・ ⊕	生年月日 (年齢)	昭和6年 11月 1日 (89歳 9か月)
氏名	多摩 花子				
滞在先住所及び滞在期間	〒（339—0212） 長野県諏訪郡富士見町立沢字広原1-1205 ○○○園 令和3年 7月 1日から 令和 年 月 日まで				
実施医療機関名及び所在地	○○クリニック 長野県諏訪郡富士見町○番地				滞在期間が未定の場合は、未記入で構いません。
実施医療機関名及び所在地を記入して下さい。 予防接種の種類	高齢者肺炎球菌（1回目）	実施予定 年月日	令和3年 10月 15日		
	高齢者インフルエンザ（1回目）		令和3年 11月 8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 4 その他				具体的な日付が未定の場合には予定している範囲で記入してください。

(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 〒（ — ） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">希望の送付先に予防接種に必要な書類を送付致します。</div>
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 checked="" 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。
他区市町村の医療機関で、予防接種を受ける場合、事前調整を行っております。□に✓を記入して下さい。	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 checked="" 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
書類の添付及び書類に関する同意事項	写し 上記のいずれかに該当する場合は、 して下さい。（上記のいずれかにも該当する場合は、□に✓を記入して下さい。） <input checked="" type="checkbox"/> 上記のいずれかに該当し、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。