

定期予防接種を市外の医療機関で受けるための依頼書交付申請書（B類疾病予防接種用）

(ご記入日) 令和 年 月 日

被 接 種 者	住 所	〒206- 多摩市		
	電話番号			
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳 か月)		
	滞在先 住 所	〒 (—)		
	滞在期間	平成 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
申 請 者 ※被接種者と異なる場合のみ記入 (ご家族など)	氏 名		被接種者 との関係	
	住 所	〒 (—)		
	電話番号			
連 絡 先	氏 名	☐ 被接種者と同じ ☐ 申請者と同じ	被接種者 との関係	
	電話番号			
依頼書送付先	宛 名	☐ 被接種者と同じ ☐ 申請者と同じ	被接種者 との関係	
	住 所	☐ 滞在先住所と同じ 〒 (—)		
接種を希望する 医 療 機 関	医療機関名			
	住 所	〒 (—)		
	電話番号			

※裏面に続きます。

(裏面)

実施医療機関以外で接種を希望する理由 【該当数字に○】	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 疾病等により他の区市町村に滞在し、滞在先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、実施医療機関での接種が困難なため 4 その他 ()			
接種予定日 ※接種を希望する予防接種の□へ✓を記入	☐ 高齢者肺炎球菌	年	月	日
	☐ 带状疱疹（1回目）	年	月	日
	☐ 带状疱疹（2回目） ※不活化ワクチンを希望される方のみ	年	月	日
	☐ インフルエンザ	年	月	日
	☐ 新型コロナウイルス感染症	年	月	日
接種を希望する医療機関がある区市町村への確認事項 ※それぞれ該当するどちらかの□へ✓を記入	確認事項① 接種費用は自己負担か、接種する区市町村で負担してもらえるのか ☐ 接種を受ける方の自己負担 →多摩市の助成対象となります。 ☐ 接種する区市町村で負担あり →多摩市の助成対象外となります。 確認事項② 依頼書の宛先について ☐ 「医療機関 宛て」 ☐ 「区市町村長 宛て」			
確認事項 ※右の事項について確認し、□へ✓を記入	☐ 多摩市が申請を受付後、依頼書の作成に2週間程度かかる場合があることを踏まえて、余裕のある接種予定日を設定した。 ☐ 接種を希望する医療機関へ連絡し、接種の依頼を受入可能か確認した。 ☐ 接種予定日に定期接種の対象(接種時年齢・接種回数等)であることを確認した。 ☐ 実施医療機関以外で接種するため、この申請書の記載内容等について、接種を希望する医療機関やその区市町村へ必要な範囲で情報提供することに同意する。			

多摩市確認欄	
予定接種回数	回
受付印	