

定期予防接種を指定医療機関以外で受けるための
依頼書交付申請書 (高齢者用)

令和 年 月 日

被接種者	住所	〒206- 多摩市		
	電話番号	①		
	氏名	性別	男・女	
	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳 か月)		
申請者 ご家族など被接種者と異なる場合のみ記入	氏名	被接種者との関係	②	
	住所	〒 (-)		
	電話番号			
連絡先 被接種者・申請者以外へ連絡が必要な場合のみ記入	氏名	被接種者との関係	③	
	電話番号			
依頼書送付先	宛名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ	被接種者との関係	④
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ 〒 (-)		
実施医療機関がある区市町村への確認事項	確認事項1 依頼書の宛名について	⑤		
	確認事項2 本申請の接種費用について (実施医療機関がある区市町村からの助成金の有無)	⑤		
確認事項	⑥			

*必ず「定期接種実施計画書」と一緒にご提出ください。

依頼書交付申請書の提出・記載方法

提出方法

提出資料 次の2様式

- ・依頼書交付申請書 (以下「申請書」)
- ・定期接種実施計画書 (次ページ参照、以下「計画書」)

提出先

〒206-0011 多摩市関戸4-19-5
多摩市立健康センター 高齢者市外接種担当 宛て
原則、郵送でご提出ください (健康センター窓口へ持参も可)

注意事項

- ・市で申請書を受付後、依頼書作成に1週間程度かかります。
(日程に余裕のある接種計画の作成をお願いします)
- ・市役所本庁舎では受け付けていません

問い合わせ

多摩市立健康センター 電話042-376-9111
(月~金曜日 8:30~17:00 (休日、年末年始を除く))

記載方法

- ① 定期接種を受ける方 (被接種者) について記入してください。
- ② 被接種者に代わって手続きをする方 (ご家族や入所施設等) について記入。
被接種者が手続きする場合は記載不要です。
- ③ 多摩市から確認事項等がある場合の連絡先が、被接種者・申請者でない場合のみ記入。連絡先は未記入欄を除き、連絡先・申請者・被接種者の順とします。
- ④ 依頼書の送付先は、原則、被接種者か申請者の方です。申請した方から医療機関等へご提出ください。
- ⑤ 接種する医療機関がある区市町村 (高齢者の予防接種担当部署) へ、次の2点をご確認ください。
 - ・多摩市に住民登録されている被接種者の予防接種に対して、医療機関のある区市町村からの助成制度の有無について。
→ 当該地域の方と同額で接種できる場合あり。助成がない場合は、実施医療機関へ接種費用全額を支払いとなります (多摩市へ助成金申請を)。
 - ・依頼書の宛先は、「接種実施医療機関」又は、実施医療機関のある「区市町村長」のどちらか。
→ 接種実施医療機関が多いようですが、まれに区市町村長の場合あり。
- ⑥ 記載の各項目について、ご確認・ご了解いただいた上で、✓を記入。

定期接種実施計画書（高齢者用）

多摩市指定の医療機関で定期接種が受けられないため、下のとおり定期接種を希望しています。定期接種の実施にご協力をお願いいたします。

なお、本計画書に沿った定期接種が実施できるよう、必要に応じて多摩市が指定する接種実施医療機関や医療機関がある区市町村長へ情報提供をお願いいたします。

記入者 7（接種者との関係）

被接種者	住所	〒(206—) 東京都 多摩市		
	フリガナ			
	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日 (年齢)	明治 大正 昭和 8	日 (歳 か月)	
	滞在先 住所	〒(—) _____ 様方		
	滞在期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
連絡先と 電話番号	<input type="checkbox"/> 被接種者 <input type="checkbox"/> ご家族（続柄 _____） <input type="checkbox"/> その他（関係 _____） 氏名 _____ 電話番号 _____ 9			
指定医療機関以外で 接種を希望する理由 【該当数字に○】	1 医学的な（医師診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（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（施設）が設置し入所しており、協力医療機関での接種が困難なため 4 その他（ _____ ）			
定期接種 実施医療 機関	医療機関 名			
	住所 連絡先	都道 府県 _____	区市 町村 _____	電話番号 _____
接種予定日 ※下欄参照	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
指定医療機関以外で行う定期接種		多摩市確認欄		
接種するもの に○を記入	接種種名	計画接種 回数	回	
	インフルエンザ 12			
	新型コロナウイルス			
	肺炎球菌			
※ 接種予定日「インフルエンザ、新型コロナウイルス」について 多摩市の予防接種費用助成金の申請を予定している場合は、多摩市の定めた実施期間中に申請してください。 【令和6年度実施期間】 _____ ・インフルエンザ（令和6年度）令和6年1月1日～7年1月31日 ・新型コロナウイルス（令和6年度）令和6年1月1日～7年1月31日 年度の実施期間を記載				

定期接種実施「計画書」の記載方法

計画書は、多摩市が作成する「予防接種実施依頼書」に写しを添付することで「定期接種実施医療機関や、（必要な場合）医療機関がある区市町村長」（以下「実施医療機関等」）へ、依頼する定期接種の内容をお知らせする資料です。

- ⑦ 計画書を記入する方について記入してください。
- ⑧ 定期接種を受ける方（被接種者）について記入してください。
- ⑨ 予防接種実施依頼書を受取った実施医療機関等に確認事項等がある場合の連絡先と電話番号を記入してください。
- ⑩ 市外接種が必要な理由は、限られています。該当するものに○を記入。1～3に該当しない場合は、原則、市外接種が認められないので、多摩市の指定医療機関での接種をご検討ください。
- ⑪ 希望の医療機関で、定期接種が受けられることと、接種予定日についてもご確認の上、記入をお願いします。
接種実施医療機関の変更、改めて依頼書交付申請の手続きが必要です。
※ 定期接種実施期間に定めがあるものがあります。⑬をご参照ください。
※ 多摩市が申請書を受付後、依頼書の作成に1週間程度を要する場合があります。早めの申請書類提出と、余裕のある接種予定日の設定をお願いします。
- ⑫ 希望の定期接種の左欄に○を記入してください。

多摩市予防接種助成金の申請書を予定している方は、接種後速やかに申請手続きをお願いいたします。
【助成金申請書の提出期限は、接種後、直近の4月3日（必着）です】
なお、助成金申請書類は、依頼書をお送りする際に同封いたします

【問い合わせ】多摩市健康福祉部健康推進課（多摩市立健康センター）

電話042-376-9111