

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ー 多摩市		
	電話番号			
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	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	
	住 所	〒（ ー ）		
	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	
	電話番号			
依頼書送付先	宛 名	☐ 申請者と同じ ☐ 被接種者と同じ	被接種者との関係	
	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 被接種者と同じ 〒（ ー ） 様方		
実施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 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 ☐ 被接種者が接種費用全額負担をして接種する 実施医療機関のある区市町村からの助成なし ☐ 実施医療機関のある区市町村より助成が受けられる 接種費用の一部負担、又は、費用負担なしで接種できる予定（多摩市へ予診票の提出をお願いします。多摩市の予防接種費用助成は対象外です） 確認事項2 依頼書の宛名について ☐ 実施医療機関 あて ☐ 実施医療機関がある「区市町村長 あて」			
確 認 事 項 右の事項について、合致する□へ☑を記入	☐ 多摩市が本申請を受付け後、依頼書を交付するまで1週間程度かかることを踏まえて、計画書を作成した。 ☐ 定期接種を行う医療機関へ連絡し、計画書どおり定期接種を行うことが可能であることを確認済みである。（急な体調不良などを考慮し、余裕のある計画。定期接種に合致する（接種時年齢・接種間隔等）ことを確認済み） ☐ 申請書類は定期接種の実施に必要なため、多摩市が依頼書に添付する等して、接種実施医療機関や医療機関がある区市町村へ情報提供することに同意する。			

* 必ず「定期接種実施計画書」と一緒にご提出ください。

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から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

（被接種者との関係）

被接種者	住 所	〒（ 2 0 6 — ） 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 年 月 日 （ 歳 か月）		
	滞在先 住 所	〒（ — ） 様方		
	滞在期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	連絡先と 電話番号	☐ 被接種者 ☐ ご家族（続柄 ） ☐ その他（関係 ） 氏名 電話番号		
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（ ）		
定期接種 実施医療 機関	医療機関 名			
	住 所 連絡先	都 道 区 市 府 県 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	定期接種名		計画接種 回 数	回
	インフルエンザ		受付印	
	新型コロナ			
	肺炎球菌			
※ 接種予定日「インフルエンザ、新型コロナ」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接種してください。 【令和6年度実施期間】 ・インフルエンザ 令和6年10月7日～7年1月31日 ・新 型 コ ロ ナ 令和6年10月7日～7年3月31日				