

定期予防接種（B 類疾病）実施依頼書交付申請書

年 月 日

富田林市長 様

予防接種実施依頼書の交付を申請します。予防接種を受けるに当たっては、接種される市区町村・実施医療機関での実施方法による接種となること及び接種費用については、依頼先の受入れ状況により実費徴収が必要な場合は一旦全額自己負担となることに承諾します。また、予防接種後は、予診票の写しを富田林市に提出することに同意します。

被接種者	住所	富田林市		
	フリガナ氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
予防接種の種類 ※受けようとするものに○をつけてください。	①高齢者の肺炎球菌 ※1、※4 ②高齢者のインフルエンザ ※2、※4 ③高齢者の新型コロナウイルス ※2、※4 ④高齢者の带状疱疹 ※3、※5 生ワクチン / 組換えワクチン 1 回目 / 組換えワクチン 2 回目 ※1 高齢者肺炎球菌の定期予防接種は満 65 歳が対象です。 ※2 高齢者のインフルエンザ及び新型コロナウイルスの定期予防接種は満 65 歳以上が対象です。 ※3 高齢者带状疱疹の定期予防接種は年度内に 65、70、75、80、85、90、95、100 歳になる方が対象です。 ※4 60 歳以上 65 歳未満の場合、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する人及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する人（身体障がい者手帳 1 級又は同程度）は、定期接種の対象です。 ※5 60 歳以上 65 歳未満の場合、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する人（身体障がい者手帳 1 級又は同程度）は、定期接種の対象です。			
接種予定日	年 月 日			
予防接種を受けようとする医療機関名及び施設名	医療機関名： _____ 施設入所中の場合は施設名： _____ ※老人保健施設等で施設開設者が医療法人の場合は、その法人名及び施設名			
依頼書の宛名	() 市町村長 () 医療機関長 () 施設長			

※依頼書の宛名は、接種される医療機関・施設がある市町村の予防接種担当部署にご確認の上、申請してください。

以下は被接種者と申請者が異なる場合に記入してください。

住所		TEL	
フリガナ氏名		続柄	