

予防接種実施依頼書等交付申請書(成人)

西宮市長 様

下記のとおり、定期予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書等の発行をお願いします。

なお、申請者と被接種者(=接種を受ける人)が異なる場合には、被接種者に予防接種を受けること及び予防接種依頼書等の交付を申請することに関して同意を得ています。

対象者確認欄	<input type="checkbox"/> 接種当日に65歳以上の人 <input type="checkbox"/> 接種当日に60歳以上64歳以下で、心臓、腎臓、呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害により身体障害者手帳1級を持つ方		
フリガナ		被接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> その他()
申請者氏名		電話番号 ※必ず記入して下さい	() - ※確認事項があった際にご連絡がつく番号を必ず記入して下さい。
フリガナ		被接種者 生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
被接種者氏名			
被接種者住所	〒 - 西宮市		
予防接種の種類	高齢者インフルエンザ	対象者区分 ※対象者のみ	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級 ※1 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給者 } ※2

※1 接種当日に60~64歳の場合、心臓、じん臓、呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害により身体障害者手帳1級の所持者でなければならない。(接種時に身体障害者手帳の写しが必要)

※2 接種当日に「生活保護受給証明書」(受給者証は不可)または「支援給付受給証明書」を医療機関へ提出する。

接種予定日	年 月 日 . <input type="checkbox"/> 書類届き次第接種 ※申請受付後から予防接種実施依頼書等の交付までは10日程度かかりますので、ご了承下さい。		
接種医療機関名及び所在地	〒 -		
申請理由	<input type="checkbox"/> ①かかりつけ医で接種 . <input type="checkbox"/> ②入院中 . <input type="checkbox"/> ③長期滞在 . <input type="checkbox"/> ④施設入所		
滞在先	入院先名・入所先名 ※申請理由が②または④の時のみ記入	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> (介護付・住宅型)有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 医療機関
	住所 ※申請理由が①以外の場合記入	〒 - 様方	
送付先	<input type="checkbox"/> 西宮市住所 . <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> その他(〒 - 様方)		

＜書類提出先(郵送または窓口)＞
 〒662-0855 西宮市江上町3番26号 西宮市保健所 保健予防課 予防接種チーム
 ※令和4年11月以降の提出先住所は「〒662-0911 西宮市池田町8-11」になります。(宛名は同じ)

※市処理欄 (以下は記入しないで下さい)

依頼書の種類	予防接種実施依頼書 (自治体首長宛・医療機関宛) ・ 予防接種に関する連絡書(県広域)						
自治体名	阪神6市1町	尼崎市・芦屋市・宝塚市・伊丹市・三田市・川西市・猪名川町					<input type="checkbox"/> 阪神6市1町
	県外等	都道府県	市区町村	区			<input type="checkbox"/> 広域 <input type="checkbox"/> 県外・県内償還
受付日	年 月 日	受付者		住基確認		性別確認 (被接種者) <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
返信用封筒有無	有・無	発送前確認		発送日	年 月 日		