

## 〈記入方法〉

### 区域外予防接種申込用紙

令和 年 月 日

指定医療機関での予防接種が困難であり、下記医療機関において接種を希望します。

申込者	住所	〒		
	氏名		被接種者との続柄	
	電話番号	( )		

申込者が家族以外（施設の職員などの場合には住所の欄には**施設住所**を氏名の欄には**施設名及び代表者名**を記入

被接種者名	(ふりがな)	生年月日	年 月 日
住所	羽曳野市		
保護者氏名			
予防接種の種類			
理由 (○をつけてください)	1. 特殊な疾病を有しており、指定医療機関での予防接種ができないため 2. 医療機関への入院、児童養護施設及び介護保健施設等への入所により、市外に長期滞在しているもの 3. その他( )		
滞在先	〒		
予防接種実施医療機関	医療機関名		
	所在地	都・道 府・県	市・区 町・村
書類送付先	(申込者の住所・滞在先) その他 の場合は以下に記入してください。 〒		
依頼書の宛先	市町村長 ・ 医療機関		
接種費用	接種医療機関のある自治体の公費負担制度 あり ・ なし(全額自己負担)		

申込者住所と同一の場合は省略可

・ 依頼先は誰なのか  
(市町村長、医療機関あて以外の指定があれば余白に書いてください。)  
・ 予防接種を受ける医療機関のある自治体で公費負担してもらえるか

※上記の依頼書の宛先・接種費用は接種予定の医療機関がある自治体に必ずご確認ください。

※公費負担がなく、全額自己負担になる場合には羽曳野市の償還払い制度を利用できます。