

高齢者インフルエンザ、高齢者新型コロナ
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	() ※日中連絡のとれる番号を記入してください		

被接種者名	(ふりがな)		生 年 月 日	大正 昭和	年	月	日
住所	羽曳野市						
予防接種の種類 (○をつけてください)	高齢者インフルエンザ ・ 高齢者新型コロナ						
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、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	☐ 申込者の住所と同じ 〒						
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					
依頼書の宛先 (○をつけてください)	市町村長 ・ 医療機関						
接種費用 (○をつけてください)	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)						
	【接種医療機関のある自治体の公費負担制度を利用される方のみ】 接種費用(自己負担額)等は各市町村によって異なります。 羽曳野市指定医療機関にて接種する場合の自己負担額は、インフルエンザ:1,000円 新型コロナ:8,000円です。 接種医療機関がある市町村の自己負担額を 確認しました ・ 確認していません ➡ 確認の上、再度検討ください						
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。 〒						

※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。