

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のため、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
住民票のある住所	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					
申請理由 (○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. 医療機関への入院または介護保健施設等への入所等により、市外に長期滞在しているため 3. その他()					
滞在先	☐ 申込者の住所と同じ 〒					
	施設に入所されている場合は、施設の種別を選んでください。					
	☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護医療院 ☐ 養護老人ホーム ☐ 特別養護老人ホーム ☐ ケアハウス ☐ 軽費老人ホーム ☐ 介護医療院 ☐ 住宅型有料老人ホーム ☐ 介護付有料老人ホーム ☐ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ その他()					
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【 <u>あり</u> (助成の手続き不要) ・ <u>なし</u> (助成の手続きが必要) 】					
	※公費負担制度については、入所されている施設の種別により決定されます。					
	(接種医療機関のある自治体の公費負担制度「あり」に該当される場合)					
	接種費用(自己負担額)等は各市町村によって異なります。 接種医療機関がある市町村の自己負担額を【 <u>確認しました</u> ・ <u>確認していません</u> 】					
書類送付先 (○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「なし」に該当される場合)					
	接種時に費用を全額自己負担で支払いし、接種後6か月以内に接種費用の還付手続きを行う必要があります。					
書類送付先 (○をつけてください)	【 <u>申込者の住所 ・ 滞在先</u> 】 その他の場合は以下に送付先を記入してください。					
	〒					

※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。

申込者が提出者と異なる場合は、記入してください。(記載内容に不備があった際に問い合わせします)

提出者	(続柄)	連絡先	
-----	------	-----	--