

## 様式第1号（第3条関係）

## 予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

被接種者との続柄（ ）

やむを得ず県外他市区町村の医療機関において定期予防接種を受けたいので、大津市定期接種に係る予防接種実施依頼書取扱要領第3条の規定に基づき、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被 接 種 者<br>(接種を受ける方)        | 住 所 大津市<br>氏 名<br>生年月日 大正・昭和・西暦 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 希望する予防<br>接 種 の 種 類         | <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナ<br><input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹（不活化ワクチン1回目）<br><input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹（不活化ワクチン2回目）                                                                                                                                                        |
| 予防接種を受<br>ける医療機関            | 所在する市区町村名<br>医 療 機 関 の 名 称                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 依 頼 先                       | <input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 医療機関の長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 接 種 予 定 日                   | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 現在滞在して<br>い る 場 所           | 〒 ー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 申請者の住所地以外に<br>送付を希望する場合     | <input type="checkbox"/> 被接種者の住所地 <input type="checkbox"/> 滞在地（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 本市で予防接<br>種が受けられ<br>な い 理 由 | <input type="checkbox"/> かかりつけ医院（滋賀県外）での接種希望のため<br><input type="checkbox"/> 高齢者施設等（滋賀県内）に入所中で県外の医師が接種するため<br><input type="checkbox"/> 県外高齢者施設に高齢者虐待防止法等に基づく措置入所中のため<br><input type="checkbox"/> 県外医療機関に長期入院しているため<br>※上記以外の理由の場合、費用助成は原則受けられません。<br>ただし、上記以外の理由の場合であっても、事前に申請していただくこと<br>により、全額実費での接種後、万が一健康被害が生じた際に予防接種法に<br>基づく救済（健康被害救済制度）を受けられます。<br><input type="checkbox"/> その他（依頼書発行のみ対象、費用助成対象外） |