

(別紙1)

## 東北地方太平洋沖地震被災に伴う予防接種費用助成申請書

平成 年 月 日

(あて先)  
大津市長

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
(被接種者が未成年の場合はその保護者等)  
住所 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

居住地で実施の予防接種が下記の事情で受けられませんので、大津市での接種を申請いたします。

1. 被接種者氏名 \_\_\_\_\_

2. 被接種者住所 \_\_\_\_\_

3. 被接種者生年月日 \_\_\_\_\_ 明治・大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

4. 予防接種の種類 \_\_\_\_\_

5. 居住地で予防接種を受けられない理由 (1～3のいずれかに○、その他の場合は理由を記入)

- 1) 家屋の全壊等により居住地での生活が困難となり、避難所又は他市町村等において避難生活している者
- 2) 標記震災の影響により居住地の医療機関等での予防接種が困難な者
- 3) その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 現在滞在している場所

住所(〇〇様方) \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

-----  
【医療機関記入欄】 ※A～Cの全てにあてはまる場合に接種すること

- A. ( ) 被接種者の居住地は標記震災にかかる災害救助法適用市町村(東京都を除く。)である。
- B. ( ) 被接種者が居住地で予防接種を受けられない理由は妥当である。
- C. ( ) 被接種者は当該予防接種の対象年齢の者である。

接種年月日 \_\_\_\_\_ Lot番号 \_\_\_\_\_

接種医療機関名 \_\_\_\_\_

※医療機関は請求時に申請書及び接種時の予診票を添付すること