

高齢者予防接種県外接種申請書

年 月 日

大津市長 様

大津市で実施の予防接種が下記の事情で受けられませんので、他市町村への依頼書の交付を申請します。

申請者 住所  
氏名  
(接種を受けようとする者との続柄 )  
電話番号

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 接種を受けようとする者の<br>住所・氏名・生年月日               | 住所 大津市<br><br>氏名<br><br>明治・大正・昭和 年 月 日生                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 予防接種の種類                                  | <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ<br><input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌<br><input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナワクチン<br><input type="checkbox"/> 带状疱疹生ワクチン<br><input type="checkbox"/> 带状疱疹不活化ワクチン（1回目）<br><input type="checkbox"/> 带状疱疹不活化ワクチン（2回目）                                                                                                                                                         |
| 予防接種を受けようとする<br>市町村と接種予定日・<br>予定医療機関名・住所 | 市町村名：<br>接種予定日：令和 年 月 日<br>医療機関名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 依頼先                                      | <input type="checkbox"/> 市区町村長 <input type="checkbox"/> 医療機関の長                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 現在滞在している<br>住所と電話番号                      | ※申請者と異なる場合はご記入ください。<br>〒<br>電話番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 依頼書の送付先                                  | 申請者の住所 ・ 滞在先の住所（ 様方）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 本市で予防接種が受けられ<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><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基づく救済（健康被害救済制度）を受けられます。<br><br><input type="checkbox"/> その他（依頼書発行のみ対象、費用助成対象外） |