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  住所・氏名・生年月日 | 住所　大津市  氏名  明治・大正・昭和 　 年 月 日生 |
| 予防接種の種類 | □高齢者インフルエンザ  □高齢者肺炎球菌  □高齢者新型コロナワクチン  □帯状疱疹生ワクチン  □帯状疱疹不活化ワクチン（１回目）  □帯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市町村と接種予定日・  予定医療機関名・住所 | 市町村名： |
| 接種予定日：令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関名： |
| 依頼先 | □市区町村長　　□医療機関の長 |
| 現在滞在している  住所と電話番号 | ※申請者と異なる場合はご記入ください。  　〒  　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ない理由 | □かかりつけ医院（滋賀県外）での接種希望のため  □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  □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  □県外医療機関に長期入院しているため  ※上記以外の理由による費用助成は原則受けられません。  ただし、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。 |