

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 ☐ 带状疱疹生ワクチン ☐ 带状疱疹不活化ワクチン（1回目） ☐ 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 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。