

大和高田市高齢者定期予防接種(自己負担金免除・市外接種)申請書
(作成例・自己負担金の免除と市外接種を同時申請する場合)

(表)

様式県②自①

申請日 令和〇年△月〇日

大和高田市長 宛

大和高田市高齢者定期予防接種(自己負担金免除・市外接種)申請書

※3人以上の申請が必要な方は裏面をご確認ください。

申請者	氏名	高田 太郎	
	連絡先電話番号	0745-23-6661	
	被接種者との続柄	① ☒ 本人 ☐ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他() ② ☐ 本人 ☒ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他() 親族以外の方が申請する場合は裏面「委任状」に記載が必要です	
	被接種者本人以外の方(親族に限る)が申請される場合において、ご本人はこの申請に同意していますか。	☒ はい ☐ いいえ	
	被接種者本人は、予防接種を受けることに同意していますか。 なお、「いいえ」の場合には定期予防接種の対象にはなりません。	☒ はい ☐ いいえ	
	今回の申請内容をご記入ください。	☒ 定期予防接種自己負担金の免除 ☒ 「市外」医療機関での予防接種	

申請日は記入日をそのまま記入してください。

この申請書は自己負担金の免除と市外接種の申請を同時に行う事ができます。今回の申請内容をご記入ください

定期予防接種自己負担金の免除を希望する方又は「市外」医療機関での予防接種を希望する方は以下に記入してください

定期予防接種自己負担金の免除又は市内で定期予防接種を受けることが困難であるため、予防接種依頼書(予診票欄外記入方式)の発行を次のとおり申請します。なお定期予防接種自己負担金の免除の申請に係る審査に必要な範囲内において、本市職員が課税状況及び生活保護受給の有無を確認する為に本市が保有する関係公算等を閲覧することに同意します。

被接種者①	氏名 ☒ 申請者と同じ		
	住所	大和高田市 西町1番45号	
	生年月日	大正(昭和)〇年△月〇日(満68歳)	
	予防接種の種類	☒ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ☒ 新型コロナウイルス感染症 ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請が必要	
	接種医療機関	名称 ○○△△病院	所在地 ☐ 市内 ☒ 市外(市町村名 奈良市) ☐ 県外等()
	免除区分(市外接種の申請のみの場合は記入不要)	☐ 生活保護世帯 ☒ 市民税非課税世帯 ☐ その他()	

予防接種を複数接種する場合は該当する予防接種の□に✓を記入してください

被接種者②	氏名	高田 花子	
	住所	大和高田市 西町1番45号	
	生年月日	大正(昭和)〇年△月〇日(満66歳)	
	予防接種の種類	☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ☒ 高齢者肺炎球菌 ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ☐ 新型コロナウイルス感染症 ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請が必要	
	接種医療機関	名称 ○○□□病院	所在地 ☐ 市内 ☒ 市外(市町村名 生駒市) ☐ 県外等()
	免除区分(市外接種の申請のみの場合は記入不要)	☐ 生活保護世帯 ☒ 市民税非課税世帯 ☐ その他()	

市外に✓したら下の欄も記入してください
県外に✓したら下の欄も確認してください(追加書類あり)

「市外」医療機関での予防接種を希望する方は以下にも記入してください

(「県外等」医療機関での予防接種を希望する方は、下の欄には記入せずに「大和高田市高齢者定期予防接種依頼書発行申請書」に記入してください。接種医療機関が県外等医療機関に該当するかわからない場合は職員にお聞きください)

この申請には県外医療機関、県内相互乗り入れ予防接種医療機関に該当しない医療機関での予防接種が含まれないことを承知しています。

被接種者①	申請理由	☐ 入院 ☐ 入所 ☒ かかりつけ医 ☐ その他()
被接種者②	申請理由	☐ 入院 ☐ 入所 ☒ かかりつけ医 ☐ その他()

大和高田市高齢者定期予防接種(自己負担金免除・市外接種)申請書
(作成例・自己負担金の免除だけを申請する場合)

(表)

様式県②自①

申請日 令和〇年△月□日

大和高田市長 宛

大和高田市高齢者定期予防接種(自己負担金免除・市外接種)申請書

※3人以上の申請が必要な方は裏面をご確認ください。

申請者	氏名	高田 太郎	
	連絡先電話番号	0745-23-6661	
	被接種者との続柄	① ☒ 本人 ☐ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他() ② ☐ 本人 ☒ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他() 親族以外の方が申請する場合は裏面「委任状」に記載が必要です	
	被接種者本人以外の方(親族に限る)が申請される場合において、ご本人はこの申請に同意していますか。	☒ はい ☐ いいえ	
	被接種者本人は、予防接種を受けることに同意していますか。 なお、「いいえ」の場合には定期予防接種の対象にはなりません。	☒ はい ☐ いいえ	
	今回の申請内容をご記入ください。	☒ 定期予防接種自己負担金の免除 ☐ 「市外」医療機関での予防接種	

申請日は記入日をそのまま記入してください。

この申請書は自己負担金の免除と市外接種の申請を同時に行う事ができます。今回の申請内容をご記入ください

定期予防接種自己負担金の免除を希望する方又は「市外」医療機関での予防接種を希望する方は以下に記入してください

定期予防接種自己負担金の免除又は市内で定期予防接種を受けることが困難であるため、予防接種依頼書(予診票欄外記入方式)の発行を次のとおり申請します。なお定期予防接種自己負担金の免除の申請に係る審査に必要な範囲内において、本市職員が課税状況及び生活保護受給の有無を確認する為に本市が保有する関係公募等を閲覧することに同意します。

被接種者①	氏名	☒ 申請者と同じ	
	住所	大和高田市 西町1番45号	
	生年月日	大正(昭和)〇年△月□日(満68歳)	
	予防接種の種類	☒ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ☒ 新型コロナウイルス感染症 ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請が必要	
	接種医療機関	名称 ○○△△病院	所在地 ☒ 市内 ☐ 市外(市町村名) ☐ 県外等()
	免除区分(市外接種の申請のみの場合は記入不要)	☐ 生活保護世帯 ☒ 市民税非課税世帯 ☐ その他()	

予防接種を複数接種する場合は該当する予防接種の□に✓を記入してください

被接種者②	氏名	高田 花子	
	住所	大和高田市 西町1番45号	
	生年月日	大正(昭和)〇年△月□日(満66歳)	
	予防接種の種類	☒ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ☒ 新型コロナウイルス感染症 ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請が必要	
	接種医療機関	名称 ○○□□病院	所在地 ☐ 市内 ☐ 市外(市町村名) ☐ 県外等()
	免除区分(市外接種の申請のみの場合は記入不要)	☐ 生活保護世帯 ☒ 市民税非課税世帯 ☐ その他()	

市外に✓したら下の欄も記入してください
県外に✓したら下の欄も確認してください(追加書類あり)

「市外」医療機関での予防接種を希望する方は以下にも記入してください (「県外等」医療機関での予防接種を希望する方は、下の欄には記入せずに「大和高田市高齢者定期予防接種依頼書発行申請書」に記入してください。接種医療機関に記入してください)		
この申請には県外医療機関、県内相互乗り入れが含まれないことを承知しています。		
被接種者①	申請理由	免除申請のみなら記入不要
被接種者②	申請理由	☐ 入院 ☐ 入所 ☐ かかりつけ医 ☐ その他()

大和高田市高齢者定期予防接種(自己負担金免除・市外申請)申請書
(作成例・市外接種だけを申請する場合)

(表)

様式県②自①

申請日 令和 ○年 △月□日

大和高田市長 宛

大和高田市高齢者定期予防接種(自己負担金免除・市外接種)申請書

※3人以上の申請が必要な方は裏面をご確認ください。

申請者	氏名	高田 太郎	
	連絡先電話番号	0745-23-6661	
	被接種者との続柄	① ☒ 本人 ☐ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他() ② ☐ 本人 ☒ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他() 親族以外の方が申請する場合は裏面「委任状」に記載が必要です	
	被接種者本人以外の方(親族に限る)が申請される場合において、ご本人はこの申請に同意していますか。	☒ はい ☐ いいえ	
	被接種者本人は、予防接種を受けることに同意していますか。 なお、「いいえ」の場合には定期予防接種の対象にはなりません。	☒ はい ☐ いいえ	
	今回の申請内容をご記入ください。	☐ 定期予防接種自己負担金の免除 ☒ 「市外」医療機関での予防接種	

申請日は記入日をそのまま記入してください。

この申請書は自己負担金の免除と市外接種の申請を同時に行う事ができます。今回の申請内容をご記入ください

定期予防接種自己負担金の免除を希望する方又は「市外」医療機関での予防接種を希望する方は以下に記入してください

定期予防接種自己負担金の免除又は市内で定期予防接種を受けることが困難であるため、予防接種依頼書(予診票欄外記入方式)の発行を次のとおり申請します。なお定期予防接種自己負担金の免除の申請に係る審査に必要な範囲内において、本市職員が課税状況及び生活保護受給の有無を確認する為に本市が保有する関係公算等を閲覧することに同意します。

被接種者①	氏名 ☒ 申請者と同じ		
	住所	大和高田市 西町1番45号	
	生年月日	大正(昭和) ○ 年 △月□日(満68歳)	
	予防接種の種類	☒ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ☒ 新型コロナウイルス感染症 ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請が必要	
	接種医療機関	名称 ○○△△病院	所在地 ☐ 市内 ☒ 市外(市町村名 奈良市) ☐ 県外等()
	免除区分(市外接種の申請のみの場合は記入不要)	☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ その他()	

予防接種を複数接種する場合は該当する予防接種の□に✓を記入してください

市外接種の申請のみなら記入不要

被接種者②	氏名	高田 花子	
	住所	大和高田市 西町1番45号	
	生年月日	大正(昭和) ○ 年 △月□日(満66歳)	
	予防接種の種類	☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ☒ 高齢者肺炎球菌 ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ☐ 新型コロナウイルス感染症 ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請が必要	
	接種医療機関	名称 ○○□□病院	所在地 ☐ 市内 ☒ 市外(市町村名 生駒市) ☐ 県外等()
	免除区分(市外接種の申請のみの場合は記入不要)	☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ その他()	

市外に✓したら下の欄も記入してください
県外に✓したら下の欄も確認してください(追加書類あり)

「市外」医療機関での予防接種を希望する方は以下にも記入してください

(「県外等」医療機関での予防接種を希望する方は、下の欄には記入せずに「大和高田市高齢者定期予防接種依頼書発行申請書」に記入してください。接種医療機関が県外等医療機関に該当するかわからない場合は職員にお聞きください)

この申請には県外医療機関、県内相互乗り入れ予防接種医療機関に該当しない医療機関での予防接種が含まれないことを承知しています。

被接種者①	申請理由	☐ 入院 ☐ 入所 ☒ かかりつけ医 ☐ その他()
被接種者②	申請理由	☐ 入院 ☐ 入所 ☒ かかりつけ医 ☐ その他()

大和高田市高齢者定期予防接種(自己負担金免除・市外申請)申請書
(作成例・県外接種であり、自己負担金の免除だけを申請する場合)

申請日は記入
日をそのまま
記入してくだ
さい。

(表)

様式県②自①

申請日 令和〇年△月〇日

大和高田市長 宛

大和高田市高齢者定期予防接種(自己負担金免除・市外接種)申請書

※3人以上の申請が必要な方は裏面をご確認ください。

申請者	氏名	高田 太郎	
	連絡先電話番号	0745-23-6661	
	被接種者との続柄	① ☒ 本人 ☐ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他() ② ☐ 本人 ☒ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他() 親族以外の方が申請する場合は裏面「委任状」に記載が必要です	
	被接種者本人以外の方(親族に限る)が申請される場合において、ご本人はこの申請に同意していますか。	☒ はい ☐ いいえ	
	被接種者本人は、予防接種を受けることに同意していますか。 なお、「いいえ」の場合には定期予防接種の対象にはなりません。	☒ はい ☐ いいえ	
	今回の申請内容をご記入ください。	☒ 定期予防接種自己負担金の免除 ☐ 「市外」医療機関での予防接種	

この申請書は
自己負担金の
免除と市外接
種の申請を同
時に行う事が
できます。
今回の申請内
容をご記入く
ださい

定期予防接種自己負担金の免除を希望する方又は「市外」医療機関での予防接種を希望する方は以下に記入してください

定期予防接種自己負担金の免除又は市内で定期予防接種を受けることが困難であるため、予防接種依頼書(予診票欄外記入方式)の発行を次のとおり申請します。なお定期予防接種自己負担金の免除の申請に係る審査に必要な範囲内において、本市職員が課税状況及び生活保護受給の有無を確認する為に本市が保有する関係公算等を閲覧することに同意します。

予防接種を複
数接種する場
合は該当する
予防接種の□
に✓を記入し
てください

被接種者①	氏名 ☒ 申請者と同じ		
	住所	大和高田市 西町1番45号	
	生年月日	大正(昭和)〇年△月□日(満68歳)	
	予防接種の種類	☒ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ☒ 新型コロナウイルス感染症 ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請が必要	
	接種医療機関	名称 府立〇〇△病院	所在地 ☐ 市内 ☐ 市外(市町村名) ☒ 県外等(大阪府大阪市)
	免除区分(市外接種の申請のみの場合は記入不要)	☐ 生活保護世帯 ☒ 市民税非課税世帯 ☐ その他()	

都道府県
名と市町村
名を記入し
てください

被接種者②	氏名	高田 花子	
	住所	大和高田市 西町1番45号	
	生年月日	大正(昭和)〇年△月□日(満66歳)	
	予防接種の種類	☒ 高齢者インフルエンザ ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ☐ 新型コロナウイルス感染症 ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請が必要	
	接種医療機関	名称 府立〇〇△病院	所在地 ☐ 市内 ☐ 市外(市町村名) ☒ 県外等(大阪府大阪市)
	免除区分(市外接種の申請のみの場合は記入不要)	☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ その他()	

市外に✓した
ら下の欄も
記入してく
ださい
県外に✓した
ら下の欄も
確認してく
ださい(追加
書類あり)

「市外」医療機関での予防接種を希望する方は以下にも記入してください

(「県外等」医療機関での予防接種を希望する方は、下の欄には記入せずに「大和高田市高齢者定期予防接種依頼書発行申請書」に記入してください。接種医療機関が県外等医療機関に該当するかわからない場合は職員にお聞きください)

この申請には県外医療機関、県内相 県外接種の場合は記入不要(別様式が必要)とを承知しています。

被接種者①	申請理由	☐ 入院 ☐ 入所 ☐ かかりつけ医 ☐ その他()
被接種者②	申請理由	☐ 入院 ☐ 入所 ☐ かかりつけ医 ☐ その他()

大和高田市定期予防接種自己負担金免除申請書
(作成例・同一世帯以外)
裏面

(裏)

委任状

大和高田市長 宛

委任者(被接種者①)氏名 高田 太郎 (自署)
委任者(被接種者②)氏名 高田 花子 (自署)

私は、以下の者を代理人と定め、定期予防接種自己負担金の免除申請及び定期予防接種依頼書(予診票欄外記入方式)の発行申請に係る権限を委任します。

代理人(受任者) 氏名 高田 一郎
委任者(被接種者①)との関係(続柄) 子
委任者(被接種者②)との関係(続柄) 子

なお、代理人による申請の場合は、「①代理人の本人確認書類」と「②委任者(被接種者)の本人確認書類(コピー可)」が必要です。

予防接種を受けるご本人(被接種者)の自署と押印が必要です。自署が困難である場合は、市健康増進課(保健センター)職員にご相談ください。

3人以上の被接種者に係る申請が必要な方へ

3人以上の被接種者に係る申請が必要である場合は、「本申請書(ただし申請者欄のみ記入すること。)」に、以下の必要記載事項を記載した「被接種者名簿」と「委任状」を添えて提出することで申請することができます。なお、「被接種者名簿」と「委任状」の見本は大和高田市公式ホームページに掲載しています。

被接種者名簿必要記載事項	委任状必要記載事項
被接種者の氏名、住所、生年月日、連絡先電話番号、予防接種の種類(第2条に規定する定期予防接種に限る。)、接種医療機関(市外の場合は接種医療機関が所在する市町村名)及び免除区分	委任者(被接種者)の氏名(記名押印あり)、代理人(受任者)の氏名、委任者(被接種者)との関係(続柄)及び委任者(被接種者)が代理人(受任者)に自己負担金の免除の申請及び定期予防接種依頼書(予診票欄外記入方式)の発行の申請に係る権限を委任する旨の文言

職員が記入する欄です。

ここから下は職員記入欄です。記入しないでください。

本人確認書類	申請者	被接種者
顔写真入り (1種類)	・運転免許証(運転経歴証明書含む) ・パスポート ・マイナンバーカード ・住民基本台帳カード(写真つき) ・身体、精神障害者保健福祉手帳 ・その他() 等	・運転免許証(運転経歴証明書含む) ・パスポート ・マイナンバーカード ・住民基本台帳カード(写真つき) ・身体、精神障害者保健福祉手帳 ・その他() 等
顔写真なし (2種類)	・年金手帳 ・健康保険証等※ ・介護保険証 ・後期高齢者医療証 ・マイナンバー通知カード ・生活保護受給者証 ・その他()	・年金手帳 ・健康保険証等※ ・介護保険証 ・後期高齢者医療証 ・マイナンバー通知カード ・生活保護受給者証 ・その他()

※健康保険証等とは、有効期限内の健康保険証及び資格確認証を指す。

世帯区分	決定区分	確認
非課税世帯	(課税・非課税)	電話確認者() 理由()
生活保護世帯	(該当・非該当)	電話確認者() 理由()

社会福祉 課情報	TEL 確認者
保護課 情報	TEL 確認者

確認者		
-----	--	--