

大和高田市長 殿

大和高田市高齢者定期接種(自己負担金免除・市外接種)申請書

※2人以上の申請が必要な方は「大和高田市高齢者定期接種(自己負担金免除・市外接種)申請書・2人以上用」をご記入ください。

|                                                            |                                             |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請者                                                        | 氏名                                          | 高田 太郎                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |
|                                                            | 連絡先電話番号                                     | ※日中連絡が付きやすい電話番号を記入してください。0745-23-6661                                                                                                                       |                                                                                                                                                        |
|                                                            | 被接種者との続柄                                    | 被接種者①                                                                                                                                                       | 被接種者②                                                                                                                                                  |
|                                                            |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹)<br><input type="checkbox"/> その他親族( )<br><input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 本人<br><input checked="" type="checkbox"/> 親族(配偶者)子・孫・<br><input type="checkbox"/> その他親族( )<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
|                                                            | 「□その他」の方が申請する場合は、裏面「委任状」に記載が必要です(成年後見人を除く。) |                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                        |
| 被接種者本人以外の方(親族に限る※)が申請される場合は、本人より「代わりに申請してほしい」旨の依頼を受けていますか。 |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                         |                                                                                                                                                        |
| 今回の申請内容をご記入ください。                                           |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> 定期接種自己負担金の免除<br><input type="checkbox"/> 「市外」医療機関での予防接種                                                                 |                                                                                                                                                        |

2人分の申請時にご記入ください。

予防接種を受けるご本人（被接種者）・そのご家族様以外が申請される場合は、裏面の委任状に記入が必要です。

|       |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |
|-------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被接種者① | 氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                     |
|       | 住所                                            | 大和高田市 西町1-45                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |
|       | 生年月日                                          | 大正・昭和 〇年△月□日(満70歳)                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                     |
|       | 予防接種の種類                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 带状疱疹(希望するワクチンに✓を記入)<br><input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン<br><input checked="" type="checkbox"/> 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 〇〇病院                                                                                                                                                                                                                                                                    | 所在地 <input checked="" type="checkbox"/> 市内<br><input type="checkbox"/> 市外(市町村名 )<br><input type="checkbox"/> 県外等( ) |
|       | 免除区分(市外接種の申請のみは記入不要)                          | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |

|                      |        |                  |
|----------------------|--------|------------------|
| 被接種者②                | 氏名     | 2人分の申請時にご記入ください。 |
|                      | 住所     |                  |
|                      | 生年月日   |                  |
|                      | 接種の種類  |                  |
|                      | 接種医療機関 |                  |
| 免除区分(市外接種の申請のみは記入不要) |        |                  |

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<br>(「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「大和高田市高齢者等定期接種依頼書発行申請書(県外等用)」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)<br>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 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他( ) |
| 被接種者②                                                                                                                                                                                                                   | 申請理由 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他( ) |