

課長	係長	係

宝塚市長 あて

市外における予防接種依頼書発行申請書（高齢者用）

下記のとおり、定期予防接種を市外で受けたいので、予防接種依頼書の発行をお願いします。

記 ※申請者が本人又はご家族以外の場合、委任状等が別途必要になります。

（本人又はご家族） 申請者	住所	宝塚市			
	氏名	被接種者との続柄（ ）			
	電話番号	—	—	※日中連絡可能な電話番号	
被接種者	住所	宝塚市 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ			
	フリガナ		性別	男・女	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者氏名と同じ			
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日（ 歳）
	電話番号	—	—	<input type="checkbox"/> 申請者電話番号と同じ	
予防接種の種類 （該当するものに✓をつけてください）	<input type="checkbox"/> インフルエンザ定期予防接種（65歳以上、その他） ※既に接種をされた方は、対象外になりますので申請できません <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌定期予防接種（65歳、その他） ※これまでに肺炎球菌ワクチン（ニューモバックスNP）の予防接種を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（定期接種の対象外になりますので申請できません）				
申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 長期滞在中				
接種市町村		医療機関名 <small>※市町村の定期予防接種実施医療機関に限ります</small>			
滞在先住所 （上記の住所以外に 滞在の方）	電話（ ）			様方	

※ 予防接種依頼書の発行前に接種された方は助成の対象外です。

※ 郵送で申請される場合は、下記を郵送先へ送付してください。

- ①申請書（必要事項記載の上）
- ②【該当者のみ】（高齢者用肺炎球菌予防接種を希望される方で65歳の方）
「高齢者用肺炎球菌定期予防接種券」
- ③【該当者のみ】（60～64歳の方）
身体障害者手帳〔氏名・障害名・等級の記載部分〕の写し
- ④返信用封筒に送付先を記載したもの（84円切手貼付）

郵送先：〒665-0827 宝塚市小浜4丁目4番1号 宝塚市立健康センター予防接種担当 宛
電話：0797-86-0056

*職員記入欄

宛名 住所 電話番号 氏名 生年月日 対象年齢 申請者 接種履歴 予防接種の種類 申請理由
滞在先住所 接種券 （インフルエンザ60～64歳）身体障害者手帳の写し 還付申請書 窓口 郵便