

課長	係長	係

宝塚市長 あて

申請者（本人またはご家族）

〔※必ずご記入ください〕 住所：宝塚市 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 ( ) \_\_\_\_\_

日中連絡可能な電話番号  
(下記と同じ場合は記入不要) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

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

被接種者	住所	宝塚市 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ 電話 ( )		
	フリガナ			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 ( 歳)	
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歳から100歳の5歳刻み、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歳以上の方）  
「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