

課長	係長	係

申請日 年 月 日

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ため、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です。

被接種者	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	住所	宝塚市		
	生年月日	・明治 ・大正 ・昭和 年 月 日（ 歳）		
	電話番号	- -		
申請者	氏名	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ 被接種者との続柄（ ）		
	住所	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ - - ※日中連絡可能な電話番号		
予防接種の種類 〔該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください〕	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 ・生ワクチン $\longleftrightarrow$ <input type="checkbox"/> 1回のみ ・不活化(組換え)ワクチン $\rightleftarrows$ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 これまでに肺炎球菌ワクチン(ニューモバックスNP)の接種を受けたことがありますか <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(「あり」の場合、定期予防接種の対象外です)			
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ			
	<input type="checkbox"/> 新型コロナ			
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 (医療機関所在地)	医療機関名 ※定期予防接種実施 医療機関に限ります			
滞在先住所 〔住民票の住所 以外に滞在前の方〕	〒		電話 - -	

※予防接種依頼書の発行前に接種された方は、費用助成の対象外です。

【申請に必要な書類等】

- 申請書（この用紙）
- [依頼書の交付を郵便で希望する方]送付先を記載した返信用封筒（切手貼付）
- [肺炎球菌定期予防接種を希望する方]高齢者用肺炎球菌定期予防接種券（はがき）の原本
- [60歳～65歳未満の方]身体障害者手帳（氏名・障害名・等級が記載されているページ）の写し
- [申請者が本人又はご家族以外の場合]委任状や登記事項証明書等

〔申請先：〒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〕  
電話：0797-86-0056（年末年始を除く平日9時から17時30分まで）

※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 身体障害者手帳の写し 還付申請書 窓口 郵便