

# 大和郡山市外指定医療機関で予防接種を受ける方へ

## 「高齢者の定期予防接種」に関する手続きについて

別紙の申請書に記入の上、下記の書類を大和郡山市保健センターに返送してください。  
手続きができる医療機関については、医療機関のある管轄の市町村ホームページなどで確認するか、大和郡山市保健センターへお問い合わせください。  
(手続きができない医療機関もありますのでご注意ください。)

### 記

82円切手を貼った返信用封筒

申請者の氏名、郵便番号、住所を封筒にご記入ください。

\*この封筒がないと証明書（または依頼書）の返送ができません。

【高齢者の肺炎球菌感染症予防接種対象で希望の場合】

ハガキ「高齢者肺炎球菌感染症予防接種のお知らせ」(対象の方に5月末頃送付しています)

\*肺炎球菌予防接種対象で希望の場合のみ、申請書と一緒に送付してください

高齢者定期予防接種市外接種兼公費負担申請書

【市外（奈良県内）での接種の場合】

<費用有料の場合>

接種料金を現金書留で保健センターへ送付

(予防接種自己負担額：肺炎球菌 3,000円、インフルエンザ 1,500円)

<費用が公費負担の場合>

1. 生活保護世帯または市民税非課税世帯のどちらか該当する番号に○印をつけ、保健センターが申請理由の確認をすることの同意の署名をしてください。  
接種を受ける本人が署名できない場合は、代筆者が本人氏名と代筆者氏名の両方を記入してください。

\*記入もれがある場合は、受付できず返送いたします

2. 手帳等の写し

身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳、被爆者健康手帳、戦傷病者手帳をお持ちの方は、申請書の該当欄に印をつけ、手帳の種別と番号が書かれたページをコピーして申請書と一緒に返送してください。

【奈良県外での接種の場合】

接種費用は、原則全額自己負担となります。手続きについては、大和郡山市保健センターへお問い合わせください。

連絡先・送付先

〒639-1136 大和郡山市本庄町317-2

大和郡山市保健センター 「さんて郡山」 宛

電話 58-3333 FAX 58-3330

# 高齢者定期予防接種市外接種兼公費負担申請書

申請日：平成 年 月 日

大和郡山市長 様

高齢者定期予防接種を市外医療機関で受けたいので承認し、依頼してください。  
(太枠内をご記入ください)

①対象者(本人)	住所	〒639- 大和郡山市 町		
	フリガナ			
	氏名			男 ・ 女
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (満 歳)		
	電話番号	( ) -		
市外居留地	〒 - 住所： 電話番号： ( ) -			
		自らの意思で接種を希望していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
②予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症(接種期限：年度の3月末まで) 今までに成人用23価肺炎球菌ワクチンを受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
③接種依頼先	医療機関名等： 住所： 電話番号： ( ) -			
*公費負担申請理由	接種費用の一部自己負担分について下記理由により免除者であることを証明願います。 大和郡山市が対象者及びその世帯員の収入並びに課税状況を確認することに同意します。 (自署できない者は代筆者が対象者署名欄に署名し、代筆者氏名及び続柄を記載。ただし医療従事者の代筆は不可) ※該当番号3の人は署名不要 対象者(本人)署名： _____ 代筆者氏名： _____ 続柄 ( ) _____ 該当する番号に○をつけてください。 1 生活保護法による被保護世帯に属する者 2 当該年度の市民税非課税世帯に属する者 3 身体障害者手帳、精神保健福祉手帳、被爆者手帳、戦傷病者手帳を所持している者 ※コピーを添付			

◎対象者(本人)以外で、申請を代行する場合は、本人や家族の了承がないと手続きができません。

代行者	氏名	対象者との続柄 ( )		
	住所			
	連絡先	電話	-	-

※係員記入欄

交付年月日	平成 年 月 日
今年度対象確認結果	インフル該当 ( <input type="checkbox"/> 満65歳以上 ・ <input type="checkbox"/> 60~64歳※ ) 肺球該当 ( <input type="checkbox"/> 生年月日 ・ <input type="checkbox"/> 60~64歳※ ) 非該当 ( <input type="checkbox"/> インフル ・ <input type="checkbox"/> 肺球 )
公費確認結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
さんてでの料金徴収	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
接種履歴確認	<input type="checkbox"/> 履歴なし <input type="checkbox"/> 履歴あり非該当
接種券：□回収済み □未回収(廃棄を伝える)	

決裁	所長	所長補佐	庶務係長	主査	係員

※60~64歳までの人で、心臓・腎臓・呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害のある人(身体障害者手帳1級相当)やヒト免疫ウィルスにより、免疫の機能に日常生活が極度に制限される程度の障害のある人。【手帳のコピーなど書類の添付が必要】