

## 大和郡山市内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送付してください。

### 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。

**高齢者定期予防接種公費負担申請書**

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

### 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費用の免除者であることを証明願います。  
(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			
	性別	男・女		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)		
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 接種医療機関				
④ 公費負担申請理由	下記申請理由のため、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)			
	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			

◎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	電話番号	( ) _____	-

※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 (□満65歳以上・□60~64歳※)
	肺球該当 (□生年月日・□60~64歳※)
	非該当 (□インフル・□肺球)
公費確認結果	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
接種履歴確認	<input type="checkbox"/> 履歴なし <input type="checkbox"/> 履歴あり非該当

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辺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) やヒト免疫ウイルスにより、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】