

「高齢者の定期予防接種」に関する手続き書類の送付について

お電話にて依頼のありました、「高齢者の定期予防接種」に関する手続き書類を送付いたします。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。

記

- 【市内で接種】 高齢者定期予防接種公費負担申請書
- 【市外で接種】 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）での接種のみ】

<費用有料の場合> 接種料金を現金書留で保健センター「さんて郡山」へ送付
(予防接種費用内訳：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>

生活保護世帯・市民税非課税世帯の該当する番号に○印をつけ、確認欄に☑をしてください。

*記入もれがある場合は、受付できず再度返送いたします

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、確認欄に☑をしてください。

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。

- 【市外で接種】 高齢者の肺炎球菌感染症予防接種のお知らせ（ハガキ）

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」
電話 58-3333 FAX 58-3330

高齢者定期予防接種申請書

申請日：令和 年 月 日

大和郡山市長 様

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

①接種を受ける人 (本人)	住所	〒639- 大和郡山市 町
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	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"/> 高齢者肺炎球菌 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 ※市内は医療機関名のみ記入	医療機関名等： 住所： 電話番号： () -	
④申請者(代理人) ※本人の場合は記入不要	注意：本人以外で申請をする場合は、本人や家族の了承がないと手続きができません	
	氏名： (本人との関係)	
	住所（所属先名も記入）： 連絡先：	
⑤送付先	<input type="checkbox"/> 本人宛 <input type="checkbox"/> 代理人宛（家族・親族・医療機関・高齢者施設以外は本人宛への送付となります）	
*公費負担申請理由	該当する番号に○をつけてください。 1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 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 戦傷病者手帳所持者 ※コピーを添付 確認後□に✓チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 接種費用の一部自己負担分について上記理由により免除者であることを証明願います。 今後の公費負担証明を兼ねた依頼書交付の場合は、大和郡山市が対象者や同一世帯に属する人の課税状況等について調査されることに同意します。	

接種期間外、実施医療機関で無い場合、接種対象でない人の申請は受付できません
高齢者肺炎球菌の県外接種は全額自己負担となります

※係員記入欄

交付年月日	令和 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
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(肺球)：	<input type="checkbox"/> 回収済み <input type="checkbox"/> 未回収(廃棄を伝える)

区分	<input type="checkbox"/> 市内公費 <input type="checkbox"/> 市外有料 <input type="checkbox"/> 市外公費 [以下償還] <input type="checkbox"/> 県外有料 <input type="checkbox"/> 県外公費(県外は裏面確認・記入) <input type="checkbox"/> 任意有料 <input type="checkbox"/> 任意公費				
	所長	所長補佐	庶務係長	保健予防係長	係員
決裁					

※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】