

## 新型コロナウイルス感染症の発生により定期予防接種を受けることができなかった場合の「特例実施」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。

\*記入もれがある場合は、受付できず返送いたします

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

#### 84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。

\*この封筒がないと依頼書などの返送ができません。

#### 令和4年度 新型コロナウイルス感染症発生に伴う定期予防接種特例実施依頼申請書

#### ハガキ「高齢者肺炎球菌感染症予防接種のお知らせ」(R3年度は黄色のハガキ)

\*お手元にハガキがあれば申請書と一緒に送付してください。無い場合の再交付は不要です。

#### 【市内での接種の場合】

接種前に手続きが必要です。

生活保護世帯または市民税非課税世帯の方は、公費負担証明の手続きも同時に行います。  
(手帳等で無料となる方は受けられる医療機関での提示が必要です)

#### 【市外（奈良県内）での接種の場合】

<費用有料（公費負担対象外）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)

<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。

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、高齢者肺炎球菌定期予防接種は原則全額自己負担です。

#### 連絡・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

令和4年度 新型コロナウイルス感染症の発生に伴う定期予防接種特例実施依頼申請書

大和郡山市長 様

申請日： 年 月 日

新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、特別の事情により規定の接種期間に接種できなかった定期予防接種について、予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に基づく特例実施を申請します。

(予防接種を受ける人) 被接種者	住 所	〒639- 大和郡山市 電話番号： ( )
	ふりがな氏名	
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )
特例実施 申請理由 (裏面より選択) 3は記載必要	1. 2. 3	( )
接種予定の医療機関		
希望する予防接種の種類と回数	高齢者肺炎球菌 1回 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 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	
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。 ※該当番号3の人は署名不要 ※市内接種の場合は1. 2のみ手続き、3は医療機関窓口で手帳を提示	
署名、該当する番号に○をつけてください (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 ( ) _____ <公費該当理由> 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(市外接種のみコピーを添付)	

◎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	- -

