

成人保健・高齢者予防接種事業に関する手続きについて

別紙申請書に記入の上、下記の書類を大和郡山市保健センターに郵送にて返信してください。
記入漏れや提出物に不備があった場合、接種後の手続きは受付できませんのでご注意ください。

<提出いただくもの>

A 費用が無料になる人	<p>[共 通]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆市民税非課税世帯、生活保護世帯 ◆身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの人 <p>[成人事業のみ]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ひとり親家庭等医療費受給資格証をお持ちの人 <p>[予防接種のみ]</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆被爆者健康手帳・戦傷病者手帳をお持ちの人 	①②③を提出
A 以外の人	市外（奈良県内）で高齢者インフルエンザ予防接種を受ける人	①③④を提出
	奈良県外で高齢者インフルエンザ予防接種を受ける人	①③を提出
	市外（奈良県内）で高齢者肺炎球菌予防接種を受ける人	①③④⑤を提出
	奈良県外で高齢者肺炎球菌予防接種を受ける人	①③⑤を提出

① 成人保健事業・高齢者予防接種（公費負担・依頼）申請書② 手帳の写し（手帳所持者のみ）

手帳の種別と番号が書かれたページをコピーして送付してください。

③ 84円切手を貼った返信用封筒

あなた（または代理人）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。

④ 接種料金

接種料金を現金書留で「さんて郡山」へ送付してください。

（予防接種料金：肺炎球菌 3,000 円、インフルエンザ 1,500 円）

※県外接種は立て替え払いとなります

⑤ 高齢者の肺炎球菌感染症予防接種のお知らせ（ハガキ）

<送付先・連絡先>

〒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

成人保健事業・高齢者予防接種（公費負担・依頼）申請書

申請日 年 月 日

希望する項目に○をつけてください。 ※実施期間外、実施医療機関でない場合、実施対象でない人の申請は受付できません。

成人保健事業	胃がんエックス線検診、胃内視鏡検診、肺がん・結核検診、大腸がん検診 乳がん検診、子宮がん検診、骨粗しょう症検診、肝炎ウイルス検診
高齢者 予防接種事業	高齢者インフルエンザ 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がありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり）

大和郡山市長 様

私は、自らの意思で成人保健事業・高齢者予防接種事業を希望し、公費負担証明書及び予防接種依頼書の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

本人 受診する人	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）	電話番号	() -
	住所	〒639- 大和郡山市 町		
代理人申請 <small>本人の了承がないと 手続きできません</small>	氏名： 住所：〒 -	(続柄： 親族・医療機関・高齢者施設以外は本人宛への送付です)		
	電話番号：() -	送付先： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		
予防接種依頼先 <small>※市内は医療機関名のみ記入</small>	医療機関名等： 住所： 電話番号：() -			
申請理由 <small>該当する番号に○をつけてください。</small>	1. 市民税非課税世帯 2. 生活保護世帯 3. [共通] 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳 } <u>コピーを添付</u> [成人事業のみ] ひとり親家庭等医療費受給資格証 } <u>すること</u> [予防接種のみ] 被爆者健康手帳、戦傷病者手帳			
申請理由 1・2の方のみ	今後の公費負担証明書および予防接種依頼書の交付にあたり、大和郡山市が私及び私と同一世帯に属する者の市民税課税状況等について確認することに同意します。			<input type="checkbox"/> 確認しました

係員記入欄	
交付年月日	令和 年 月 日
今年度対象確認	【成人】該当 ・ 非該当 【インフル】該当（満65歳以上・60～64歳※）・非該当 【肺球】該当（生年月日 ・ 60～64歳※）・非該当
公費確認結果	該当 ・ 非該当
さんてでの 料金徴収	なし ・ あり
接種履歴	履歴なし ・ 履歴あり非該当
市外 肺球	接種券 回収済み ・ 未回収（廃棄を伝える）

区分	【予防接種】 <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（県外は別紙確認・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がある人（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がある人。【手帳のコピーなど書類の添付が必要】