各　　位

大和郡山市保健センター所長

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	［共　通］ ◆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 ［成人事業のみ］ ◆ひとり親家庭等医療費受給資格証をお持ちの人 ［予防接種のみ］ ◆被爆者健康手帳・戦傷病者手帳をお持ちの人	①②を提出
Ａ 以外の人	市外（奈良県内）で高齢者予防接種を受ける人	①③を提出
	奈良県外で高齢者予防接種を受ける人	①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 手帳またはひとり親家庭等医療費受給資格証の写し
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 接種料金
接種料金を保健センターへお支払いください。来所が難しい場合は現金書留で保健センターへ送付してください。
（予防接種料金：インフルエンザ 1,500 円、新型コロナ 6,000 円、肺炎球菌 3,500 円、帯状疱疹：生ワクチン 3,000 円、不活化ワクチン 8,000 円×2 回=16,000 円）
※県外接種は、事前申請と接種後の請求により一部費用の払い戻し（上限あり）となります

＜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　　０７４３－５８－３３３３
ＦＡＸ　０７４３－５８－３３３０
（月～金 祝日除く　９：００～１６：３０）

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、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	インフルエンザ、新型コロナ、帯状疱疹（生ワクチン・組換えワクチン） 肺炎球菌　（今までに成人用肺炎球菌ワクチンを受けたことがありますか？　□なし　□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	T･S･H　　年　　月　　日（　　歳）	電話番号	（　　）　　－
	住　所	〒６３９－ 大和郡山市　　町		
代理人申請 本人の了承がないと手続きできません	氏　名：　　（続柄：　　） 住　所：〒　　－ 電話番号：（　　）　　－	親族・医療機関・高齢者施設以外は本人宛への送付です 送付先：□本人　□代理人		
予防接種依頼先 ※市内は医療機関名のみ記入	医療機関名等： 住　所：　　電話番号：（　　）　　－			
医療機関への確認	接種を希望する医療機関に予め接種の承諾を得ましたか？　□はい　□いいえ			
市町村への確認 ※県外で予防接種を希望する場合のみ記入	**接種を希望する市町村の予防接種担当部署へ連絡をしていただき、以下の内容を記入してください。**			
	依頼書の宛先	□医療機関宛　□市町村長宛		
	依頼書提出方法	□医療機関へ直接持参　□担当部署へ提出		
申請理由 該当する番号に○をつけてください。	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 ［成人事業のみ］　ひとり親家庭等医療費受給資格証 ［予防接種のみ］　被爆者健康手帳、戦傷病者手帳	コピーを添付すること		
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。 □　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・ｺ】該当（ 満 65 歳以上　・　60～64 歳※ ）・非該当 【肺球】該当（ 満 65 歳のみ　・　60～64 歳※ ）・非該当 【帯状疱疹】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

区分	【予防接種】 □市内公費　□市外有料　□市外公費 ［以下償還］ □県外有料　□県外公費 □任意有料　□任意公費				
決裁	所長	所長補佐	庶務係長	保健予防係長	係員