

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 	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（手帳等の所持者のみ）
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 8:30～17:00)

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	インフルエンザ、新型コロナ、带状疱疹（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 本人の了承がないと 手続きできません	氏名： 住所：〒 - 電話番号：() -	(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)	送付先： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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：() -			
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 } <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。 <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> 確認しました</div>			

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・ロ】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 【带状疱疹】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】 <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 <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					

※【イ・ロ】【肺球】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必要】
※【带状疱疹】60~64歳までの人で、ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫の機能に障害があり、日常生活がほとんど不可能な方