

予防接種実施依頼書交付申請書

尼崎市長 あて

令和 年 月 日 交付番号 第 号

申請者	住所 〒 (-)			
	氏名	電話番号 () Fax番号 ()		
予防接種を受ける者	住所 〒 (-) 尼崎市			
	氏名 (ふりがな)	性別	申請者との続柄	
	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)			
	滞在先 (住所) 〒 (-) (名称) 電話番号 ()			
	滞在予定期間 令和 平成 年 月 日 から 令和 年 月 日まで			
種類	带状疱疹ワクチン予防接種			
	生ワクチン <input type="checkbox"/> 不活化ワクチン <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
提出依頼先書	※接種医療機関が存在する市町村について該当するものに○、その他の場合、市町村名を記入願います。 西宮市 ・ 芦屋市 ・ 伊丹市 ・ 宝塚市 ・ 川西市 ・ 猪名川町 ・ 三田市 その他 () ※その他の場合は接種費用が全額自己負担となります。			
理由	<input type="checkbox"/> 長期滞因为在のため <input type="checkbox"/> 入院(入所)中のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医のため <input type="checkbox"/> その他 ()			
送付依頼先書	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 予防接種を受ける者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 ※郵送の場合のみチェック			
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 予防接種実施依頼書は、万一健康被害が生じた場合、予防接種法第15条に基づき本市が責任を持って措置することを証明するものです。 ・ 接種を希望する自治体によって、実施方法が異なる場合や、接種費用について自己負担額が異なる場合がありますので、必ず事前に接種を希望される市町村の予防接種担当課へご確認ください。なお、自己負担額が発生した場合でも、尼崎市では負担された接種費用はお返しできませんのでご注意ください。(自己負担が生じた場合は被接種者様の全額負担となります。) ・ 高齢者の带状疱疹ワクチンの予防接種について、過去に带状疱疹ワクチンの接種歴がある方は定期接種の対象外となります。 また、予防接種券(ハガキ)は本申請書受付時に回収させていただきます。 <p>上記注意事項を確認した上で、予防接種実施依頼書の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 申請者氏名 _____</p>			

交付します。	起案 令和 年 月 日	課長	係長	係	係
	回議完了 令和 年 月 日				
<input type="checkbox"/> 開示 <input checked="" type="checkbox"/> 不開示 条例第7条第2号該当 <input type="checkbox"/> 部分開示 . . まで		課長	係長	係	係
					公印