

広域的予防接種申込書

年 月 日

明石市長様

住所  
氏名 (続柄 )  
※申請者は本人または家族に限ります。  
電話番号

予防接種法等に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住所			
	氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳 カ月)
受ける予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌			
接種を希望する医療機関	所在地			
	医療機関名			
接種希望日	年 月 日			
広域的予防接種を希望する理由				

書類の返送先	<input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 入所中の施設又は病院 → <span style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">住所 〒</span> <input type="checkbox"/> 申請者住所 (※別世帯の場合、本人と申請者の身分証明書の写しの添付が必要)
世帯状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 明石市高齢者インフルエンザ・肺炎球菌予防接種費用にかかる免除決定通知書交付(費用免除)申請書を添付してください。

※ 明石市外へ転出されますと使用できません。

- ・ 上記のことについて、下記の条件を付して承認します。
  - 1 承認決定日 から(交付日の属する年度の末日 ・ 年 月 日)までの間に接種を受けてください。
  - 2 上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に別紙依頼書、請求書及び予診票を当該医療機関あて提出ください。
- ・ 上記のことについて、承認しないこととします。  
(不承認の理由 )

明保予第 号  
年 月 日

明石市長 丸谷 聡子

( 担当課 保健予防課 )

\* 個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。また、目的外の使用は禁止します。

市民税非課税世帯または生活保護受給世帯に該当される方のみ記入・添付してください。

明石市高齢者インフルエンザ・肺炎球菌予防接種費用にかかる  
免除決定通知書交付（費用免除）申請書

年 月 日

明石市長様

（申請者）住所 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

高齢者インフルエンザ及び肺炎球菌予防接種にあたり、予防接種費用にかかる免除決定通知書の発行及び費用の免除を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、申請にあたり、被接種者及び被接種者と同一世帯に属する者の生活保護法の適用状況または課税状況等について確認することに同意します。

フリガナ		※	□申請者と同じ ※印 申請者と同じ場合 記入不要
被接種者		※	
住所		※	
電話番号		※	
生年月日	年 月 日 (満 歳)		
希望する 予防接種の種類	インフルエンザ ・ 肺炎球菌		
接種予定 医療機関	兵庫県広域的予防接種参加医療機関		
	(医療機関名)		

(明石市処理欄)

※60～65歳未満の方は、心臓、じん臓、呼吸器の機能又は、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有し当該単独疾病で障害者手帳 1 級相当の方が対象となり、この申請時に、身体障害者手帳（写）又は医師の診断書が必要です。

受付時	受付	予防接種費用免除決定通知書発行時のみ		電話の場合 ※確認後○		受付日時	受付者サイン
		無料事由	対象区分	本人確認	同意の有無		
	窓・電・郵	非・生	65歳以上・60～65未満※			月 日	
窓口受付時	来庁者 家族	本人	確認書類	被接種者本人 (免・パ・住 B・障・保・年・介・他 )			
		同一世帯		来庁者本人 (免・パ・住 B・障・保・年・介・他 )			
		別世帯		来庁者本人・被接種者 (免・パ・住 B・障・保・年・介・他 )			
処理時	整理番号		肺炎球菌の場合 接種券発行履歴の確認	交付決定	処理日		処理者サイン
			発行歴有・発行歴なし (対象・対象外)	交付 ・ 不交付	月 日		

対象で発行歴なしの場合は接種券交付。不交付の場合は世帯画面等を添付。