

～予防接種実施依頼書について～

必要事項をご記入のうえ、必ず接種前に保健予防課に提出し、「予防接種実施依頼書」の交付を受けてください。

【注意事項】

- ① 带状疱疹予防接種のうち不活化ワクチン(シングリックス)は2回接種が必要です。1回目接種後に、2回目分を申請してください。
- ② 風しん第5期定期接種をご希望の方は、申請時に対象となる抗体価が記載された風しん抗体検査の結果のコピーが必要です。
- ③ 高齢者を対象とした予防接種のうち、60～64歳で接種対象となる身体障害1級相当の方が接種する場合、申請時に障害者手帳のコピーまたは医師の診断書が必要です。

記入見本

予防接種実施依頼書交付申請書

明石市長様

2000年5月1日

〒674-0068

(申請者) 住所 明石市大久保町ゆいのき通1-4-7

氏名 明石太郎 (続柄)

※申請者は本人または家族に限ります

電話番号 078-918-5668

※日中連絡のつく番号をご記入ください。

本人またはご家族の申請となります。

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

被接種者	フリガナ	アカシ タロウ		生年月日	昭和00年00月00日
	氏名	明石太郎			(満00歳)
	住所	〒674-0068 明石市大久保町ゆいのき通1-4-7 電話 (078) 918-5668			
予防接種の種類 (接種予定の予防接種に☑)	☐ 高齢者インフルエンザ ☒ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者新型コロナ ☒ 風しん第5期 ※抗体検査の結果を添付してください ☐ 高齢者带状疱疹(1回目・2回目) ※いずれかに○をしてください				
接種を希望する医療機関	名称: 〇〇病院 住所: 〒XXX-XXXX 〇〇市〇〇〇				
接種予定日	2000年				
滞在先住所(※) (施設名・病院名も記載)	〒XXX-XXXX 〇〇市〇〇〇〇〇〇 特別養護老人ホーム〇〇 電話 (XXX) XXX-XXXX				
市指定の実施医療機関で接種できない理由 (該当するものに☑)	※風しん第5期定期接種の場合はチェック不要 ☐ かかりつけ医での接種を希望 ☒ 上記施設に入所中のため ☐ 上記病院に入院中のため ☐ その他 ()				
滞在期間(※)	年 月 日から 年 月 日まで				
依頼書の返送希望先 (いずれかに☑)	☐ 被接種者の住所 ☒ 滞在先住所 ☐ 申請者住所 (申請者住所が別世帯の場合、本人と申請者の身分証明書の写しの添付が必要)				

※必要事項をご記入ください。(太字箇所)

必ずいずれかに
チェックを入れて
ください。

带状疱疹予防接種のうち
不活化ワクチン(シングリックス)は2回
接種が必要です。
1回目接種後に2回目分を申請してく
ださい。

※裏面の「予防接種実施依頼書による予防接種の受け方」も必ずお読みください。

予防接種実施依頼書による予防接種の受け方

明石市に住民登録のある方が、予防接種法に基づく予防接種を明石市指定医療機関以外で接種する場合など、市が必要と認める場合には、以下の手続きが必要となります。

接種を受ける前に予防接種依頼書の交付手続きをすることで、接種費用(上限額あり)の払い戻しが可能になります。

- ①「予防接種実施依頼書交付申請書」に必要事項を記入し、明石市保健予防課に提出する。
※予防接種を受けた後の申請は原則として認められません。

- ②明石市保健予防課から「予防接種実施依頼書」と予防接種費用請求申請書類一式が届きます。

- ㊦予防接種実施依頼書(文書番号等が記載されたもの)
㊩返信用封筒(※医療機関へお渡しください)
㊫予防接種の予診票

接種医療機関へ提出してください。

- ㊰明石市予防接種費用交付申請書兼請求書
㊱返信用封筒(接種費用請求時に使用してください)

予防接種費用請求用。

- ③医療機関に予約し、予防接種を受けてください。
接種する医療機関へ必ず㊦㊩㊫を提出してください。

- ④接種完了後、医療機関が請求する接種費用を一旦全額お支払ください。

※接種費用を請求する場合、領収書原本や予防接種を受けたことを証明する書類が必要になります。
医療機関から必ず受け取り、紛失しないようにしましょう。

- ⑤明石市へ予防接種費用請求申請をしてください。

※請求期限は予防接種を受けた日に属する年度の末日から起算して6週間以内です
「㊱返信用封筒(請求書送付用)」にて以下の必要書類を一式入れて送付してください。
(申請に必要なもの)
・㊰明石市予防接種費用交付申請書兼請求書
・領収書原本(コピー不可)
・予防接種を受けたことを証明するもの(予防接種済証または予診票のコピーなど)

- ⑥後日、ご指定の銀行口座へ明石市の定める額を上限に接種費用が振り込まれます。

※約2か月程度かかります。また、振込にあたって通知は行いませんので、通帳の記帳等でご確認ください。

【お問い合わせ先】

明石市 保健予防課

〒674-0068 明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-7 あかし保健所内

電話:078-918-5668 FAX:078-918-5584

明 保 予 第 号
年 月 日

様

明 石 市 長 丸 谷 聡 子
(公 印 省 略)

予防接種実施依頼書

下記のとおり本市の市民が、予防接種を受けることを希望しておりますので、接種して下さるようお願いいたします。

なお、当該予防接種に起因する健康被害の救済については、本市が責任を持って処理いたします。ただし、接種費用については、被接種者から徴収くださるようお願いいたします。

※接種完了後はお手数ですが、予診票の写しをご送付くださるようお願いいたします。

申請者記入欄

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

明 石 市 長 様

〒

(申請者) 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

※日中連絡のつく番号をご記入ください。

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			(満 歳)
	住 所	〒		
予防接種の種類 (接種予定の予防接種に☑)		☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者新型コロナ ☐ 風しん第5期※抗体検査の結果を添付してください ☐ 高齢者帯状疱疹(1回目・2回目)※いずれかに○をしてください		
接種を希望する 医療機関		名称： 住所：〒		
接種予定日		年 月 日		
滞在先住所(※) (施設名・病院名も記載)		〒		
市指定の実施医療機関 で接種できない理由 (該当するものに☑)		※風しん第5期定期接種の場合はチェック不要 ☐ かかりつけ医での接種を希望 ☐ 上記施設に入所中のため ☐ 上記病院に入院中のため ☐ その他()		
滞在期間(※)		年 月 日から 年 月 日まで		
依頼書の返送希望先 (いずれかに☑)		☐ 被接種者の住所 ☐ 滞在先住所 ☐ 申請者住所 (申請者住所が別世帯の場合、本人と申請者の身分証明書の写しの添付が必要)		

※住民登録の住所以外に滞在されている場合(施設、病院など)のみご記入ください

※この依頼書の有効期限は(交付日の属する年度の末日 年 月 日) までです。

(明石市処理欄)

送付先	☐ 住民票上(明石市)の住所 ☐ 滞在先住所(上記施設及び病院) ☐ 申請者住所	発送日	月 日 発送
-----	--	-----	--------