

様式第1号

広域的予防接種申込書

年 月 日

明 石 市 長 様

住 所

氏 名

(続柄)

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	☐ 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 ☐ 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	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	☐ かかりつけ医での接種を希望 ☐ 高齢者施設等に入所中のため ☐ 病院に入院中のため ☐ その他()			
書類の返送先	☐ 本人住所 ☐ 入所中の施設又は病院 ☐ 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) 住所 〒			
世帯状況	☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 (※別途書類が必要(説明書参照))			

※ 明石市外へ転出されますと使用できません。

- 1 接種を希望する日が属する日の年度末または定期接種の対象期間のいずれか早い日まで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
(公 印 省 略)
(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。

～広域的予防接種申込書について～

必要事項（記入見本参照）をご記入のうえ、必ず接種前に保健予防課に提出し、
接種時に医療機関に提出する「予防接種に関する連絡書」等の交付を受けてください。

＊＊費用について＊＊

この申請により定期の予防接種を受ける場合、自己負担額は明石市指定医療機関で接種する場合と同額になります。
なお、市民税非課税世帯、生活保護世帯の方は以下のいずれかの書類を提出していただくことで、無料となります。

⑦納入通知書（介護保険料額決定通知書）の写し

（接種時点に発行されている最新年度の通知書の、氏名・年度・保険料段階１～３段階が記載されているページ）

⑧生活保護受給証明書

⑨⑩がない場合…

⑩明石市高齢者法定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

※必要事項をご記入の上、「広域的予防接種申込書」と合わせて提出してください。提出後、世帯および課税状況を確認後、費用区分を判定させていただきます。世帯状況が不明の場合も、記入し提出してください。

記入見本

広域的予防接種申込書

本人またはご家族からの
申請のみ受付可です。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

明 石 市 長 様

住 所 明石市大久保町ゆりのき通 1-4-7
氏 名 明石 純一 （続柄 子）
電話番号 (090) 1111 - 3333

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	明石市大久保町ゆりのき通 1-4-7		
	氏 名	明石 純子	生年月日	昭和 10年10月10日 (満〇〇歳 カ月)
受ける予防接種の種類	☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 高齢者新型コロナウイルス ☐ 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 ☒ 高齢者肺炎球菌			
接種を希望する医療機関	所在地	三木市三木町1丁目 1-1		
	医療機関名	三木病院		
接種希望日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日			
広域的予防接種を希望する理由	施設に入所中のため			
書類の返送先	☐ 本人住所 ☒ 入所中の施設又は病院 ☐ 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） 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 三木市三木町1丁目2-2 特別養護老人ホーム三木ホーム			
費用区分	☐ 市民税課税世帯 ☒ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 (※別途書類が必要(説明書参照))			

※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。

入所中施設 病院に送付希望の場合は、必ずご記入ください。