

定期予防接種依頼書交付申請書【B類疾病】高齢者用

年 月 日

府中町長

申請者 ◎申請者が被接種者 本人でない場合は、委 任状（被接種者が自 署できない場合は申立 書）を提出すること。	住所	〒 ー （電話番号： ）	
	(フリガナ) 氏名		被接種者との続柄

次のとおり、契約外医療機関での予防接種を希望するため、府中町予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、予防接種依頼書の交付を申請します。

被接種者	住所 ※住民票に記載のもの	<input type="checkbox"/> 同上 <input checked="" type="checkbox"/> 府中町 （電話番号： ）
	(フリガナ) 氏名	<input type="checkbox"/> 同上
	生年月日	年 月 日（満 歳）
契約外医療機関での 接種を希望する理由 ※該当するものに✓	<input type="checkbox"/> 入院又は入所により、長期にわたり町外に居住しているため。 <input type="checkbox"/> 医学的な事情等により、かかりつけ医での接種が必要であるため。 <small>↳住民票の住所にお住いの場合は、下欄「滞在先住所」は記載不要です。</small> <input type="checkbox"/> その他（ ）	
滞在先住所	〒 ー （電話番号： ） 様方	
予防接種実施 希望期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
実施医療機関名		
実施医療機関の住所	〒 ー （電話番号： ）	
接種する予防接種の 種類・回数	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナ <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 備考（ ）	
自己負担金の免除	私（被接種者）は、町民税非課税世帯または生活保護世帯に当てはまるため、自己負担金免除（接種費用が無料になる）申請を【 します ・ しません 】。	

-----以下の欄は記入しないでください-----

申請者の 本人確認書類 ・A1点のみで可 ・B2点でも可 ・B1点とC1点でも可	A 顔写真付の公的証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 B 顔写真付きでない公的証明書 <input type="checkbox"/> 資格確認証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 基礎年金番号通知書 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> その他（ ） C 補足資料 <input type="checkbox"/> キャッシュカード <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> クレジットカード（名義人の印字があるもの） <input type="checkbox"/> 学生証
確認事項	<input type="checkbox"/> 町に住民票がある <input type="checkbox"/> 希望する予防接種の接種歴がない <input type="checkbox"/> 医療機関の受入は可 <input type="checkbox"/> 予防接種依頼書の宛先【医療機関の長・市区町村長】 <input type="checkbox"/> 申請者が本人以外の場合、委任状（本人が自署できない場合は申立書）の提出が【ある・ない】 <input type="checkbox"/> 自己負担金免除の申請が【ある・ない】 →「ある」場合【同意書・非課税証明書類】の提出がある。