B類

年　　月　　日

（あて先）狭 山 市 長

申請者　住所
フリガナ
氏名
被接種者との続柄
電話番号

狭 山 市 予 防 接 種 実 施 依 頼 書 交 付 申 請 書

狭山市で実施する予防接種を以下の理由により受けることができないため、滞在地（医療機関等）で接種が受けられるよう、依頼書の交付を申請いたします。

フリガナ	
被接種者氏名	□申請者と同じ
住　　所 （住民登録地）	〒 □申請者と同じ 狭山市 電話番号： 《市記入欄》 住基確認
生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日（満　　歳）
滞在先の住所 （または施設名・所在地）	〒 □申請者と同じ 電話番号：
予防接種を受ける 医療機関名と住所	医療機関名： □滞在先と同じ 住　所： 電話番号：
依頼書の送付先	□狭山市の住所地　□滞在先　□その他（　　）
狭山市で 受けられない理由	□入院入所中 □かかりつけ医 □親族等の家に長期滞在中 □その他（　　）
予防接種の種類	□帯状疱疹 □高齢者用肺炎球菌 □高齢者インフルエンザ □高齢者新型コロナウイルス感染症

※この依頼書は、万が一、予防接種後に重篤な健康被害が生じた場合に、狭山市が救済のための措置を講じるためのものです。狭山市の定期予防接種実施期間内に限り有効となり、接種費用は**「全額自己負担」**となりますのでご了承ください。なお、入院入所中の理由に限り、接種後に費用助成（上限額あり）があります。

※接種後には発行できませんので、必ず接種する前に交付申請をしてください。

※この申請書が健康づくり支援課へ届いてから依頼書を発行するまでに10日程かかります。