

記入例

年 月 日

(あて先) 狭山市長

※太枠内を全て記入してください

申請者	住所	狭山市001-1-101	
	フリガナ	サヤマ	タロウ
	氏名	狭山 太郎	
	被接種者との続柄	長男	
	電話番号	04-1234-5678	

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	サヤマ ハナコ		
被接種者氏名	狭山 花子	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
住所 (住民登録地)	〒 狭山市 電話番号:	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	《市記入欄》 住基礎確認
生年月日	大正 <u>昭和</u> 15 年 1 月 1 日 (満 84 歳)		
滞在先の住所 (または施設名・所在地)	〒186-0000 東京都国立市002-2 国立園 電話番号: 042-111-1111	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
予防接種を受ける 医療機関名と住所	医療機関名: 〇〇クリニック 住所: 東京都国立市003-3 電話番号: 042-222-2222	<input type="checkbox"/> 滞在先と同じ	
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 狭山市の住所地 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先 <input type="checkbox"/> その他()		
狭山市で 受けられない理由	<input checked="" type="checkbox"/> 入院入所中 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 親族等の家に長期滞在中 <input type="checkbox"/> その他()		
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 带状疱疹 <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 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。