

带状疱疹予防接種「依頼書」発行申請書

守口市 市長 様

令和 年 月 日

標記の件につきまして、下記1～4のとおり申請します。

【申請にあたっての注意事項】 下記の事項について、ご理解のうえ、申請をお願いします。	提出先
・ 依頼書は即日発行できません。申請書が到着してから「依頼書」発行まで、約1～2週間かかります。 ※接種予定日までの期間に余裕を持って申請してください。	守口市市民保健センター (住所：守口市大宮通1丁目13番7号)
・ 原則、申請者は被接種者(接種する人)本人です。 ※「被接種者の本人確認書類」の添付が必要です。(ご家族が代理申請する場合は、「申請するご家族の本人確認書類」も必要。)	
・ 接種前に「依頼書」を発行した場合に限り、接種費用の償還払いを実施。(申請期限は接種日から6か月以内) ※接種前に「依頼書」を発行していない場合や、申請と異なる医療機関で接種した場合は、償還払いできません。 また、必要書類が期限内に揃わない場合や記入不備がある場合も払い戻しできません。期限に余裕を持って手続きしてください。	市役所本庁では、受付できません

1. 申請者 ※ あてはまる口に✓してください → 被接種者(接種する人)本人が申請 代理で申請 (被接種者との関係を()内に記入)

氏名 _____ 住所 _____

電話番号 _____

添付書類 チェック 申請者の「本人確認書類」の写しを添付(※介護保険証・マイナンバーカード等)
 返信用封筒(宛名記入・180円切手貼付)を添付 切手のない場合は窓口配布となります。

2. 被接種者(接種する人) ※申請日が属する年度に対象となるかどうかご確認のうえ申請してください。

氏名 申請者と同じ(記入不要) 大正 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
 " と異なる(要記入) → 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 申請者と同じ(記入不要) _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号
 " と異なる(要記入) → 守口市 _____ 添付書類 被接種者の「本人確認書類」の写しを添付(上記は、代理申請の場合のみ)
 ※60～64歳の方は、身障手帳の写しを添付

带状疱疹の接種歴 接種希望ワクチン 接種歴なし → 接種を希望するワクチンの種類・回数を選択 ビケン1回 シングリックス2回 シングリックス1回のみ
 シングリックス1回目のみ接種済 → シングリックス2回目の依頼書の発行を希望する
 ビケン1回・シングリックス2回を接種済 → 原則、定期接種の対象外。例外は健康推進課(06-6992-2217)へお問い合わせください。

3. 「依頼書」の発行を申請する理由(下記「ア」～「オ」のあてはまるものに○をつけてください。)

ア. 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び老人保健施設のいずれかに入所中のため。

施設の種類の (①養護老人ホーム ・ ②特別養護老人ホーム ・ ③軽費老人ホーム(ケアハウス) ・ ④老人保健施設(介護老人保健施設))

施設の住所 : _____ 都道府県 _____ 市

施設の名称 : _____

【注意】北河内7市内の「ア」に該当する施設の入所者は「依頼書」があれば、施設が所在する市町村で、当該市町村の住民と同等の公費助成を受けることが可能。
※北河内7市内とは、守口市、門真市、寝屋川市、大東市、四條畷市、枚方市、交野市を指します。
(例) 守口市民が枚方市の特養に入所中の場合、「依頼書」があれば枚方市民と同様に、枚方市の带状疱疹の定期予防接種の公費助成を受けることが可能。

イ. 上記以外の「施設(有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅など)」に入所中のため。

施設の種類の (①有料老人ホーム ・ ②サービス付き高齢者住宅(サ高住) ・ ③グループホーム ・ ④介護医療院 ・ ⑤その他)

施設の住所 : _____ 都道府県 _____ 市

施設の名称 : _____

ウ. 医療機関に入院中のため。

エ. かかりつけ医が委託外の医療機関であり、かかりつけ医での接種を希望するため。

オ. その他 (具体的な理由を記入→ _____)

4. 接種する医療機関 ※接種する医療機関の住所・名称を必ず記入してください。(医療機関が不明の場合は「予防接種依頼書」を発行できません。) 申請と異なる医療機関での接種は償還払いの対象外のため、医療機関を変更する場合は、改めて申請が必要となります。

医療機関の住所 : _____ 都道府県 _____ 市

医療機関の名称 : _____ (病院・医院・クリニック・診療所・センター)

接種予定日 : _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ・ 未定 予診票の送付についてチェック 必要 不要

片面印刷してください

带状疱疹

带状疱疹予防接種「依頼書」発行申請書

記入例

★依頼書の発行には、約1～2週間程度かかります。
接種予定日まで期間に余裕を持って申請してください。

★申請者は原則、被接種者本人です。
①「被接種者の本人確認書類」の写しの添付が必要。

★ご家族の代理申請も可能ですが、
①「被接種者の本人確認書類」の写しと、
②「代理人の本人確認書類」の両方の添付が必要。

【申請にあたっての注意事項】 下記の事項についてご理解のうえ、申請

- 依頼書は即日発行できません。申請書が到着してから「依頼書」発行まで、約1～2週間程度かかります。
※接種予定日まで期間に余裕を持って申請してください。
原則、申請者は被接種者(接種する人)本人です。
※「被接種者の本人確認書類」の添付が必要です。(ご家族が代理申請する場合は、「申請するご家族の本人確認書類」も必要。)
接種前に「依頼書」を発行した場合に限り、接種費用の償還払いを実施。(申請期限は接種日から6か月以内)
※接種前に「依頼書」を発行していない場合や、申請と異なる医療機関で接種した場合は、償還払いできません。
また、必要書類が期限内に揃わない場合や記入不備がある場合も払い戻しできません。期限内に余裕を持って手続きしてください。

1丁目13番7号

市役所本庁では、受付できません

1. 申請者 ※あてはまる口に✓してください → □ 被接種者(接種する人)本人が申請 □ 代理で申請 (被接種者との関係を()内に記入)
夫

氏名 守口 太郎 住所 守口市大宮通1-13-7
電話番号 06-6992-2217
添付書類 チェック
申請者の「本人確認書類」の写しを添付(※介護保険証・マイナンバーカード等)
返信用封筒(宛名記入・180円切手貼付)を添付
切手のない場合は窓口配布となります。

2. 被接種者(接種する人) ※申請日が属する年度に対象となるかどうかご確認のうえ申請してください。

氏名 □ 申請者と同じ(記入不要) □ 申請者と異なる(要記入) → 守口 花子
生年月日 大正 昭和 35年11月1日(65歳)
住所 □ 申請者と同じ(記入不要) □ 申請者と異なる(要記入) → 守口市
添付書類
被接種者の「本人確認書類」の写しを添付(上記は、代理申請の場合のみ)
※60～64歳の方は、身障手帳の写しを添付
帯状疱疹の接種歴
接種希望ワクチン
接種歴なし → 接種を希望するワクチンの種類・回数を選択
ビケン1回
シングリックス2回
シングリックス1回のみ
シングリックス1回目のみ接種済 → シングリックス2回目の依頼書の発行を希望する
ビケン1回・シングリックス2回を接種済 → 原則、定期接種の対象外。例外は健康推進課(06-6992-2217)へお問い合わせください。

3. 「依頼書」の発行を申請する理由(下記「ア」～「オ」のあてはまるものに○をつけてください。)

ア. 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び老人保健施設のいずれかに入所中のため。
施設の種類のうち①養護老人ホーム・②特別養護老人ホーム・③軽費老人ホーム(ケアハウス)・④老人保健施設(介護老人保健施設)
施設の住所: 都道府県 市
施設の名称:

【注意】北河内7市内の「ア」に該当する施設の入所者は「依頼書」があれば、施設が所在する市町村で、当該市町村の住民と同等の公費助成を受けることが可能。
※北河内7市内とは、守口市、門真市、寝屋川市、大東市、四條畷市、枚方市、交野市を指します。
(例) 守口市民が枚方市の特養に入所中の場合、「依頼書」があれば枚方市民と同様に、枚方市の带状疱疹の定期予防接種の公費助成を受けることが可能。

イ. 上記以外の「施設(有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅など)」に入所中のため。
施設の種類のうち①有料老人ホーム・②サービス付き高齢者住宅(サ高住)・③グループホーム・④介護医療院・⑤その他
施設の住所: 都道府県 守口市 〇〇町*番*号
施設の名称: 有料老人ホーム □□□ もりぐち

ウ. 医療機関に入院中のため。

エ. かかりつけ医が委託外の医療機関であり、かかりつけ医での接種を希望するため。

オ. その他 (具体的な理由を記) ★ 所在する市町村で、定期接種を実施する医療機関である必要があります。

4. 接種する医療機関 ※接種する医療機関の住所・名称を必ず記入してください。(医療機関が不明の場合は「予防接種依頼書」を発行できません。)
申請と異なる医療機関での接種は償還払いの対象外のため、医療機関を変更する場合は、改めて申請が必要となります。

医療機関の住所: 都道府県 大阪 市 城東区〇〇町*番*号
医療機関の名称: 田中 (病院・医療)
接種予定日: 令和 年 月 日 未定
予診票の送付についてチェック □ 必要 □ 不要

★守口市の予診票が、必要かどうかは、医療機関に確認してください。