

## 西宮市定期予防接種実施依頼書等交付申請書（施設等用）

西宮市長 様

以下のとおり定期予防接種を受けるため、予防接種実施依頼書等の交付をお願いします。

以下の被接種者から、予防接種を受けること及び予防接種実施依頼書等の交付を申請することに関して同意を得ています(対象者の意思確認が困難な場合は、親族またはかかりつけ医の協力により対象者の意思確認をしています)。また、西宮市民が市外で接種する場合の制度について、被接種者または親族に十分な説明を行っています。

施設・医療機関	施設長 院長	大阪 太郎									
	区分	<input checked="" type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護付有料老人ホーム	<input type="checkbox"/> 住宅型有料老人ホーム						
		<input type="checkbox"/> ケアハウス	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅	<input type="checkbox"/> 医療機関							
		<input type="checkbox"/> その他 ( )									
	名称	おおさか苑									
所在地	〒 000 - 0000 大阪府大阪市北区〇〇町〇丁目〇〇-〇〇										
担当者	梅田 次郎			連絡先	0000 - 00 - 0000						
被接種者 氏名	フリガナ	ニシノミヤ ハナコ			生年月日	1950 年 1 月 1 日		年齢	73 歳		
	氏名	西宮 花子									
住所 (住民登録地)	〒 662 - 8567 西宮市 六湛寺町10番3号										
予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナ <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌										
接種を行う 医療機関	医療機関名	おおさかクリニック									
	所在地	〒 000 - 0000		電話番号	000 - 0000 - 0000						
	大阪府〇〇市〇〇町〇〇-〇										
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
対象区分 (該当する場合)	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級			・接種当日に60歳以上64歳以下で心臓、腎臓、呼吸器の機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害により身体障害者手帳1級を持つ方。 ・接種時に身体障害者手帳1級の写しを医療機関へ提出							
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯			接種時に「生活保護受給証明書」を医療機関へ提出							
	<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給者			接種時に「中国残留邦人等支援給付受給証明書」を医療機関へ提出							
接種予定日	年 月 日					又は	<input checked="" type="checkbox"/> 書類が届き次第、接種		合計被接種者人数 (西宮市民のみ)	1 名	

【担当課】 ※郵送または持参

〒662-0911 西宮市池田町8-11 西宮市保健所 保健予防課 予防接種チーム

※市処理欄（以下は記入しないで下さい）

 委託医療機関確認（阪神6市1町・広域のみ）

依頼書の種類	依頼書（種類5・6） 市町村長宛		依頼書（種類7） 医療機関等		<input type="checkbox"/> 院長宛 <input type="checkbox"/> 施設長宛 <input type="checkbox"/> 所長宛	連絡書（種類8） 県広域		<input type="checkbox"/> 院長宛 <input type="checkbox"/> 施設長宛 <input type="checkbox"/> 所長宛		
	自治体名	阪神6市1町	尼崎市・芦屋市・宝塚市・伊丹市・三田市・川西市・猪名川町			<input type="checkbox"/> 阪神6市1町（種類5） <input type="checkbox"/> 広域（種類8） <input type="checkbox"/> 県外・県内償還（種類6・7）				
	自治体名	県外等	都道府県	市区町村	区					
受付日	年 月 日		受付者	住基確認		性別確認		(被接種者) <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		
返信用封筒有無	有・無		発送前確認	発送日		年 月 日				