

記載例

予防接種実費免除申請書

（申請先）茨木市長

申請日を記入

年 月 日

次の予防接種を受けるにあたり、茨木市インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種事業実施要綱第4第2項各号に掲げる者に該当することから、同要綱第4第3項に基づき申請をします。

なお、この申請に伴い、住民情報、生活保護受給状況、または中国残留邦人等支援給付受給状況を確認することに同意します。

予 防 接 種 名	該当する予防接種に☑を入れてください。 （どちらも該当する場合はどちらも☑してください。） ☑ 季節性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		
住 所	〒 茨木市 春日三丁目13番5号		
被 接 種 者	フリガナ イバラキ タロウ 茨木 太郎 電話番号 072-625-6685	インフルエンザと新型コロナウイルス感染症の接種医療機関の所在する市町が異なる場合は、どちらも反映してください。 ※同じ医療機関であれば、1つで問題ございません。	
生 年 月 日	昭和 34 年 4 月 10 日 (65 歳)	性別	男
接 種 医 療 機 関	接種医療機関の所在する市町に☑を入れてください。 ☐ 吹田市 ☒ 高槻市 ☐ 箕面市 ☒ 摂津市 ☐ 豊中市 ☐ 池田市 ☐ 島本町 ☐ 豊能町 ☐ 能勢町 医療機関名（インフルエンザ:高槻市・〇〇医院、新型コロナウイルス感染症:摂津市・△△クリニック）		
定 期 接 種 対 象 者	該当する対象に☑をしてください。 ☑ 接種する日において65歳以上の者 ☐ 接種する日において60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に重大な障害のあるもの（これらに該当することが分かる身体障害者手帳（1級）又は医師の診断書等が必要） ※ 接種医療機関に対して、写しをご提出をいただく必要があります。		
対 象 理 由	該当する対象理由に☑をしてください。 ☑ 生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯（その保護を停止されている世帯を除く。）に属する者 ※ 生活保護受給者証写しをご提出ください。 ☐ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者 ※ 支援給付を受けていることが分かる確認証をご提出ください。		

※ 被接種者以外が申請する場合は、裏面にもご記入ください。

■ 代理申請をする場合は下欄にご記入ください。

委任者 (被接種者)	フリガナ イバラキ タロウ		
	茨木 太郎 茨木印 ※ 自署の場合は、押印不要		
受任者 (代理申請者)	フリガナ ケンコウ イチロウ イバラキ〇〇シセツ		
	健康 一郎 茨木〇〇施設 (事業所の場合は事業所名もご記入してください)		
	〒 567-0805 茨木市駅前三丁目8番13号		
	被接種者との関係	入居施設従事者	電話番号

郵送による申請で、被接種者の住所以外に予診票送付を希望する場合は、該当する方法へ☑の上、ご記入ください。

☒ 受任者の住所

☐ その他の送付先（下欄へご記入ください。）

〒

—

住所

名前

【注意事項】
発行される予診票で、既に医療機関へ支払った接種料金の払い戻しはできません。