

奈良市定期予防接種承認書(依頼書)交付申請書(B類)

(宛先) 奈良市長

令和 5 年 〇 月 × 日

あてはまるものの口内に✓または記入してください。

予 防 接 種 の 種 類		インフルエンザ		
申請区分		<input checked="" type="checkbox"/> 市外接種 (奈良県内)	<input type="checkbox"/> 県外接種 (奈良県外)	<input type="checkbox"/> 60-64歳の該当者
接種対象者	住 所	奈良市 三条本町〇ー×		
	フリガナ	ナラ タロウ		
	氏 名	奈良 太郎		
	生年月日・年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正	〇〇 年 △ 月 × 日 (〇〇 歳)	
日中連絡のつく電話番号		<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	0742 — 12 — 3456	
依頼する市町村名・医療機関名		市町村名	〇〇市	
		医療機関名	△△病院	
* 上記住所と異なる場合のみ記入 接種時の滞在先 (連絡先)	住 所	入院中(施設入所中)等で上記住居地以外に滞在している場合に記入してください。		
	電話番号	— —		
申 請 理 由		<input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 入院・入所中 <input type="checkbox"/> その他()		
申 請 者	本人	<input type="checkbox"/> 接種対象者本人が申請		
	ご家族等代理人が申請する場合は下記の代理人欄を記入ください			
	代 理 人	住 所	奈良市二条大路〇ー△	
		フリガナ	ヤマト ハナコ	被接種者との続柄 接種対象者から見た続柄 原則、親族のみ
		氏 名	大和 花子	
【施設関係者が申請者の場合は下記事項を確認の上、「はい」に✓してください】				
1. 今回の予防接種申請にあたり、被接種者ご本人に接種希望の確認と、ご本人またはご家族などに代理申請を行うことについて、了承を得ています。 2. (市外接種申請の場合のみ) 予防接種が未接種となり自己負担金を返還する必要があるが生じた際、本人または家族に自己負担金の返還についての説明及び当課との連絡調整を行います。 <input checked="" type="checkbox"/> はい				

申請時に必要な書類

○本人が申請する場合…健康保険証等の本人確認書類

○ご家族等が申請する場合…接種を受ける人の健康保険証等の本人確認書類(コピー可)、申請者の本人確認書類

担当課使用欄

60-64歳対象者
確認書類

親族が申請できない場合は、本人の状態をよく把握しているヘルパー、介護福祉士等が申請することも可能です。 不明な点がございましたら事前に健康増進課までお問い合わせください。