（様式第３号）

２０２４ 年 ５ 月 ２０ 日

西宮市定期予防接種実施依頼書等交付申請書（施設等用、成人用肺炎球菌）

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。

施設長・院長名	**西宮　太郎**
施設・医療機関名	☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☑ (介護付 (住宅型)) 有料老人ホーム ☐ ケアハウス ☐ サービス付き高齢者向け住宅 ☐ 医療機関 ☐ その他(　　) 〇〇〇〇〇〇〇
施設・医療機関所在地	〒６６２ － ０９１１　電話(０７９８) ３５ － ３３０８ **西宮市池田町８-１１** 担当者　△△（名字のみで構いません）

※以下の項目について、記入漏れが無いようすべてご記入下さい。

※申請受付後から予防接種実施依頼書等の交付までは10日程度かかりますので、余裕をもって申請して下さい。

※申請者の人数が2人以上の場合、2人目以降はホームページ指定の様式に記載し、添付して下さい。

被接種者氏名	(フリガナ) ニシノミヤ　イチロウ **西宮　一郎**	被接種者生年月日	明治 大正 (昭和) ３４ 年 ４ 月 ２０ 日(６５ 歳)
住所 **(住民登録地)**	〒６６２ － ８５６７ 西宮市 **六湛寺町１０-３**		
予防接種の種類	成人用肺炎球菌 **（接種当日に65歳であるかを確認してください）**		
予防接種を行う医療機関	医療機関名	**〇〇クリニック**	
	所在地	〒６６０ － 〇〇〇〇　電話(０６) 〇〇〇〇 － 〇〇〇〇 **尼崎市〇〇町１-２３**	
申請理由	☑ 施設入所 ・ ☐ 入院中 ・ ☐ その他(　　)		
対象区分 (※該当者のみ)	☐ 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	
	☑ 生活保護世帯 ☐ 中国残留邦人等支援給付受給者	※接種時に「生活保護受給証明書」または「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 ・ ☑ 書類届き次第接種	合計被接種者人数 (西宮市民のみ)	５ 名

＜書類提出先(郵送または窓口)＞
〒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）　☐ 対象者確認　☐ 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	☐ 院長宛 ☐ 施設長宛 ☐ 所長宛	連絡書（種類8） 県広域	☐ 院長宛 ☐ 施設長宛 ☐ 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		☐ **阪神6市1町（種類5）** ☐ **広域（種類8）** ☐ **県外・県内償還(種類6･7)**	
	県外等	都道府県　郡　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) ☐男 ・ ☐女
返信用封筒有無	有 ・ 無	発送前確認		発送日	年　月　日		