

# 高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌予防接種 依頼書の交付申請書

## 市民が市外の医療機関で接種するには

- ①接種を希望する医療機関がある区市町村に連絡し、次のことを確認してください。
- 武蔵野市民も接種できるかどうか（他市民の受け入れをしていない場合があります）
  - 希望する医療機関で接種できるかどうか（医療機関が指定されている場合があります）
  - 自己負担金額はいくらか（依頼書があっても全額自己負担の場合もあります）
  - 武蔵野市と当該区市町村、どちらの予診票を使用するのか
  - 実施期間はいつまでか
  - 依頼書の宛名は、区市町村長名か接種医療機関の院長名か
  - 依頼書の提出先は、区市町村の担当部署か接種医療機関か
- ②上記を確認した上で依頼書が必要な場合には、本申請書に記入し、武蔵野市健康課（保健センター）に提出してください。生活保護受給者は受給者証明書も添付してください。
- ③後日、健康課から「予防接種依頼書」を指定の送付先へ郵送します。
- ④「予防接種依頼書」が届いたら、接種を希望する区市町村の指示に従って接種してください。

武蔵野市長 殿

私は、武蔵野市外での接種を希望しますので、高齢者インフルエンザ・高齢者肺炎球菌予防接種依頼書の交付を申請いたします。なお、接種を希望する区市町村の了解を得ています。

令和    年    月    日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

ふりがな			
被接種者氏名	( 男 ・ 女 )		
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月 日生 満 歳
住 所	武蔵野市 電話番号 (                    )		
希望する予防接種	1 高齢者インフルエンザ予防接種	2 高齢者肺炎球菌予防接種	
接種を希望する 区市町村・医療機関	区市町村名		
	医療機関名		
	住所		
依頼書の宛名	①区市町村長宛    ②病院長宛    ③その他 (                    )		
依頼書の送付先	①武蔵野市の住所地 ②その他 (〒                    )		
希 望 理 由	1 入院・入所中のため (施設名 _____ ) 2 その他 ( _____ )		

【お問合せ】 武蔵野市健康福祉部健康課    電話 0422-51-0700

〒180-0001 武蔵野市吉祥寺北町4-8-10 武蔵野市立保健センター内

住登確認	受付日	受付者
	/                    窓・郵	