

「高齢者インフルエンザ予防接種依頼書」発行申請書

【事前に、接種予定の医療機関がある自治体へ必ずご確認ください】

- ①接種費用を負担してくれるか(接種医療機関の所在する自治体による費用を負担がない場合は全額自己負担)
- ②依頼書の宛名、送付先について(自治体により異なります)

- ・予防接種を小金井市以外(一部を除く)で接種する場合には、相手先の自治体への依頼書が必要な場合があります。発行しない(受理してもらえない)場合には、**任意接種**となります。**(全額自己負担になります。)**
- ・小金井市では、自費で接種した場合の**接種費用払い戻し(償還払い)**は行っておりません。

被接種者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年	月 日生
	住所	小金井市	町 丁目 番 号
申請者	氏名	※ 被接種者本人の場合は、申請者欄は記入不要。 (被接種者との関係)	
	住所		
	電話番号	—	—
接種医療機関 ※嘱託医が接種する場合は医師 の所属医療機関名	名称		
	住所		
	電話番号	—	—
依頼書の宛名	※例:〇〇市長、〇〇病院長		
依頼書送付先	1自治体 ・ 2被接種者 ・ 3申請者 ・ 4入所施設/入院医療機関 ・ 5その他		
依頼書送付先住所			
発行理由	※例:施設入所中、入院中など		
備考	<input type="checkbox"/> 相手先自治体での費用負担は無いが、定期接種として扱うために依頼書が必要 (該当の場合は <input checked="" type="checkbox"/>)		

- ・申請書は記入後、健康課へ郵送でご提出ください。
- ・申請後**10営業日**ほどで依頼書を発行しますので、接種予定日に余裕をもってご申請頂くようお願いいたします。