

申請時に記入する

年 月 日

上天草市長 様

赤枠内を記入する

申請者 住所.....
 氏名.....
 (被接種者が18歳未満の場合は、保護者氏名を記載)
 代理の場合(被接種者との続柄:)
 電話(.....).....

上天草市インフルエンザ予防接種申請書（委託外医療機関等用）

インフルエンザ予防接種を受けたいので、上天草市インフルエンザ予防接種事業実施要綱第6条第3項の規定により申請します。

記

被接種者	ふりがな		
	氏名		
	住所	(※申請者と同じ場合は、記載不要) 上天草市		
	生年月日	年 月 日 (歳)	性別	男 ・ 女
実施予定医療機関・施設			
接種予定日	年 月 日			

被接種者の区分及び市負担金額	該当する欄に○	被接種者の区分	市負担金額
		<input type="checkbox"/>	① 65歳以上の者又は60歳以上65歳未満で内部疾患(※)を有する者(回数1回)
	<input type="checkbox"/>	② 生後6か月から12歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者で、その保護者が予防接種を行うことに同意したもの(回数2回)	3,000円 (1回につき)
	<input type="checkbox"/>	③ 12歳に達する日以後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者で、その保護者が予防接種を行うことに同意したもの(回数1回)	3,000円
	<input type="checkbox"/>	④ 18歳に達する日以後の最初の4月1日から60歳に達する日の前日までの間にある者で内部疾患(※)を有する者(回数1回)	3,000円
	<input type="checkbox"/>	⑤ 上記①、③及び④に該当する者のうち、生活保護法の規定による生活扶助を受けるもの(回数1回)	予防接種費用の全額
	<input type="checkbox"/>	⑥ 上記②に該当する者のうち、生活保護法の規定による生活扶助を受けるもの(回数2回)	予防接種費用の全額

※心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活が極度に制限される程度の障害を有する者及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する者

③～⑥に該当する方のみ記載

同意書

健康被害救済制度について、下記の事項に同意の上、委託外医療機関で接種されてください。

任意のインフルエンザ予防接種を受けるに当たり、予防接種に通常起こり得る副反応があること、まれに起こり得る重い副反応があること及び市の予防接種事故補償規定の対象外であることの説明を受け、委託外医療機関でインフルエンザ予防接種を受けることに同意します。

令和 年 月 日

申請者が記入する

申請者

住所.....

氏名（署名）.....

記

<健康被害救済制度について>

予防接種によって引き起こされた副反応により、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法による救済の対象となり、上天草市予防接種事故災害補償規定に基づく救済の対象となりません。