

申請時に記入する

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

上天草市長

様

赤枠内を記入する

申請者 住所

氏名

電話（ ） —

上天草市新型コロナウイルス感染症予防接種申請書（委託外医療機関等用）
新型コロナウイルス感染症予防接種を受けたいので、上天草市新型コロナウイルス感染症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	上天草市		
	生年月日	年 (月 歳) 日	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額	該当する欄に○	被接種者の区分	市負担額
		① 65歳以上の者又は60歳以上65歳未満の者で内部疾患を有するもの（※）	11,200円
		② 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もの（※）	8,000円
		③ 生後6か月から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	8,000円
		④ 上記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	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辺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

【市記入欄】 令和 年 月 日 接種済証 枚 交付

②～④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。

任意の新型コロナウイルス感染症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。