

桜井市高齢者定期予防接種（市外接種・県外接種・自己負担金免除）申請書

申請日 令和 年 月 日

桜井市長様

桜井市高齢者定期予防接種の桜井市以外での接種または自己負担金の免除を下記のとおり申請します。
なお、桜井市高齢者定期予防接種自己負担金免除申請に係る審査に必要な範囲内において、桜井市職員が被接種者及び被接種者と同一世帯に属する者の課税状況及び生活保護受給の有無等を確認することに同意します。

申請者 （窓口来所者）	氏名	
	住所	
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
	連絡先電話番号	
	被接種者との関係 （該当に○をつけてください）	1 本人 2 本人以外→被接種者との続柄（ ） ※本人と同一世帯以外の方が申請する場合には、申請書下部の委任状欄の記入が必要です。

被接種者 （予防接種を受ける者）	氏名	☐ 同上
	住所	☐ 同上
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
	連絡先電話番号	☐ 同上
	予防接種の種類	☐ 带状疱疹 生ワクチン（ビケン） ☐ 带状疱疹 組換えワクチン（シングリックス） ※過去に带状疱疹ワクチンの接種を受けたことが（ある・ない） ☐ 高齢者肺炎球菌 ※過去に肺炎球菌ワクチンの接種を受けたことが（ある・ない） ☐ 高齢者インフルエンザ 標準量 ☐ 新型コロナウイルス
	接種医療機関・施設	住所：（ 市・町・村） 医療機関・施設名：
自己負担金免除	☐ 該当するため申請 ☐ 非該当のため申請しない ※県外で接種する場合は、償還払いになります。	

送付先	☐ 被接種者（予防接種を受ける者）の住所 ☐ 代理人の住所 ※代理人の住所の場合は、申請書下部の委任状欄の記入が必要です。 ※ ☐ にチェックがない場合は、被接種者の住所に送付します。
-----	--

委任状

令和 年 月 日

桜井市長様

私は、下記の者を代理人と定め、桜井市高齢者定期予防接種自己負担金免除の申請に関する権限を委任します。

代理人

住所
氏名 委任者との続柄（ ）
生年月日 連絡先電話番号

委任者（被接種者）

住所
氏名
生年月日 連絡先電話番号