

## 高齢者予防接種予診票発行申請書

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(23価)※対象者のみ <input type="checkbox"/> コロナウイルス感染症
被接種者氏名	
生年月日	大・昭 年 月 日 (満 歳)
住 所	大山崎町字 小字 電話 ( )
接種医療機関名	
接種医療機関住所	京都府 電話 ( )

下記の交付条件に基づき、上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

大山崎町長 様

交付条件

- ・この予診票での接種は、京都府医師会と契約し、接種医として登録している医師が行うものに限る。  
(委託医療機関以外での接種は本事業の対象外となり、全額自己負担となる)
- ・インフルエンザ、コロナウイルス感染症予防接種は年度内につき1回が対象です。肺炎球菌予防接種は生涯1人1回のみです。いずれの予防接種も2回目以降の接種は対象外で全額自己負担となります。

## 高齢者予防接種の自己負担金免除申請書

高齢者予防接種について自己負担金の免除を申請します。  
「大山崎町実施の保健事業等自己負担金免除規定」に該当するかを確認するために私の世帯の町民税課税状況を調査することを大山崎町健康福祉部健康課長に委任します。

令和 年 月 日

大山崎町健康福祉部健康課長 様

申請者(本人)氏名

～以下は本人以外の方(代理人)が申請される場合にご記入ください～

代理人氏名 被接種者  
との続柄  
代理人住所  
代理人電話番号

## ～ 委 任 状 ～

私は、代理人\_\_\_\_\_に以下の手続きに係る一切のことについて委任します。

- 高齢者インフルエンザ予防接種予診票の発行  自己負担金免除申請
- 高齢者の肺炎球菌予防接種予診票の発行
- 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種予診票の発行

令和 年 月 日

(委任者) 氏名

※以下は記入しないでください

- 住民番号の確認
- インフル・コロナは接種日に65歳以上か
- 肺炎球菌は接種券(有・無)を回収(済)
- 委託医療機関であるか(該当・非該当)

課長	発行者	本人確認	非課税
		免許証・パスポート・個人番号カード・健康保険証・年金手帳・その他( )	・該当 ・非該当

該当の場合予診票の無料に○、非該当は金額に○