

(様式第4-3号)

年 月 日

鳥栖市長 様

申請者 住 所

氏 名

電 話

本人 家族（被接種者との続柄 ()

その他 ()

予防接種実施依頼書発行申請書（高齢者用）

このことについて、下記のとおり佐賀県外等での接種を希望しますので、依頼書の発行を申請します。
接種費用が必要な場合には、自己負担します。

1	接種 希望者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		(ふりがな)	
		氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		生年月日	年 月 日
2	申 請 理 由 (該当するものに☑をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 県外の施設に入所中のため <input type="checkbox"/> 県外の医療機関に入院、通院中であるため <input type="checkbox"/> その他 ()	
3	希望する予防接種 (希望するものに☑をつけてください。)	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> コロナ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹 ※必ず裏面のチェックリストの対象者に該当するかご確認ください。 <input type="checkbox"/> 私は、チェックリストで、対象者に該当することを確認しました	
4	接種予定日 (複数の場合は開始予定日)	年 月 日	
5	依頼書の宛先	<input type="checkbox"/> 医療機関（医療機関名： () (所在地： () <input type="checkbox"/> 市区町村（自治体名： () ※依頼書のあて先は「自治体名」または「医療機関名」となります。あらかじめ滞在先の予防接種窓口にご確認ください。	
6	依頼書の送付先 (滞在先)	依頼書は滞在先へ送付しますので、接種の際に依頼先へ提出してください。5の宛先が自治体の場合は市から直接自治体へ送付します。	
		〒	
		住所	
		世帯主名	
		電 話(日中連絡のつく番号)	
7	意思確認 (被接種者と申請者が異なる場合、☑と確認者を記載してください)	<input type="checkbox"/> 被接種者が、3の予防接種を希望していることを確認した 確認者氏名 () <input type="checkbox"/> 家族（被接種者との続柄 () <input type="checkbox"/> その他 ()	

＜予防接種を受けることができる人＞

インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 接種時に65歳以上の方
コロナ	<input type="checkbox"/> 接種時に60歳以上65歳未満で「 <u>心臓、腎臓、呼吸の機能</u> 」または「 <u>H I Vによる免疫の機能</u> 」に障害を有する方（身体障がい者手帳1級程度）
肺炎球菌	<p>原則肺炎球菌予防接種を過去に一度も受けてない方で、以下のいずれかに該当する方</p> <input type="checkbox"/> 接種時に65歳の方 （ <u>65歳の誕生日の前日から、66歳の誕生日の前日までの方</u> ） <input type="checkbox"/> 接種時に60歳以上65歳未満で「 <u>心臓、腎臓、呼吸の機能</u> 」または「 <u>H I Vによる免疫の機能</u> 」に障害を有する方（身体障がい者手帳1級程度）
带状疱疹	<p><u>带状疱疹予防接種を過去に一度も受けてない方で、以下のいずれかに該当する方</u></p> <p>※ただし、過去に带状疱疹予防接種を受けた方で、疾病等による免疫機能の低下等により、かかりつけの医師が「予防接種を受ける必要がある」と判断した場合は受けることができます（事前に必ずかかりつけ医に確認してください）</p> <input type="checkbox"/> 当該年度に65歳になる方 <input type="checkbox"/> 接種時に60歳以上65歳未満で「 <u>H I Vによる免疫の機能</u> 」に障害を有する方（身体障がい者手帳1級程度） <input type="checkbox"/> 令和7年から令和11年の各年度に70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる方（令和7年度のみ101歳以上の方を含む）