

R3年度インフルエンザ・ワクチン申込用紙

予約は10月25日（月）からです。記入して、診療時間内（9時から12時半、15時半から19時）に窓口までお越しください。

① お名前（ふりがな）、生年月日、連絡先などをご記入下さい。

ふりがな	性	名	
お名前（漢字）			
生年月日	T・S・H	年	月 日
電話番号	—	—	
当院受診歴	あり	なし	（当てはまるものを丸で囲み、診察券番号または住所をご記入下さい）
	↓	↓	
	診察券番号	住所	
診察券番号または住所			

② 当てはまる自己負担額を丸でお囲み下さい。

接種時年齢		自己負担額	公費負担	回数
3才～12才	(1回分になります→)	3000	なし	2回
13才～59才		3500	なし	1回
60才～64才	P	1500	有	1回
	PかつQ	0	有	1回
	それら以外	3500	なし	1回
65才以上	Q	0	有	1回
	それ以外	1500	有	1回

P = 身体障害1級程度（心、腎、呼吸、HIVによる免疫機能障害）

Q = 非課税世帯、生活保護世帯、中国残留邦人世帯、堺市公害被害保証対象者

③ 接種は11月1日（月）からになります。窓口で日時をお決めください。

祝日はお休みです。

接種時間枠	月	火	水	木	金	土
9:00, 9:30, 10:00, 10:30, 11:00, 11:30	○	○	○	○	○	○
15:30, 16:00, 16:30, 17:00, 17:30, 18:00	○	○	×	×	○	×

予約は窓口でのみ承ります。電話、ウェブでの予約はできませんので、ご了承ください。
13才未満の方は、2回目の予約も初回予約時にお取りください。

合併症の状況、接種予定当日の全身状態によってはお断りすることがございます。

予約取得時に予診表をお渡しします。よくお読みになった上で記入し、接種日にお持ちください。

キャンセルは前日までにご連絡ください。
疑問の点はスタッフ、医師にお尋ねください。

・接種当日

体温測定を前もって家（など）でしていただくことも可能です（ただし接種当日です）。

・お持ちいただくもの

予診表（予約時にお渡ししたものです。）

母子手帳（子供さんの場合）

本人確認のできるもの（保険証または医療証または公害医療手帳など）

公費負担がある場合はそれに関する書類（注3）

接種は一般診療の間に行いますので、予定時間通りにならない場合があります。ご了承ください。

撮取後、30分は院内でお過ごしください。

（注3）

R3年度市民税非課税世帯であることを証明する書類

R3年度介護保険料（確定保険料）納入通知書

（所得段階区分が第1～3段階の記載のあるものに限る）

介護保険負担限度額認定証

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額認定証 等

生活保護世帯に属することを証明する書類

生活保護法医療券／調剤券

生活保護受給証または生活保護受給証明書 等

中国残留邦人等支援給付世帯に属することを証明する書類

本人確認証 等

堺市の公害健康被害補償の対象者であることを証明する書類

堺市公害医療手帳