

【高齢者】

予防接種実施依頼申請書

令和 年 月 日

(あて先) 大阪狭山市長

予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

被接種者 (接種を受ける人)	フリガナ		日中に連絡のつく電話番号
	氏 名		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
	住 所	大阪狭山市	
予防接種名 (希望するものに ○をつけて ください)	高齢者インフルエンザ		※年度内に1回限り
	高齢者新型コロナウイルス		※年度内に1回限り
	高齢者肺炎球菌		※生涯に1回限り
	高齢者帯状疱疹	1回目 ・ 2回目	※規定の年度のみ
申請の理由 (○をつけて ください)	・かかりつけ医 (名称 所在地) ・入院・入所中 ・その他の理由		
予防接種を受ける 医療機関	所在地 都・道 市 名称 府・県 町・村		
依頼書の宛先 (○をつけて ください)	※ 依頼書の宛先は、医療機関・施設の所在する市町村に確認の上、申請してください。 () 市町村長 () 医療機関長		

※被接種者と申請者が異なる場合に記入してください。

申請者	氏 名	被接種者との続柄 ()	日中に連絡のつく電話番号
	住 所		

<必ずお読みください>

- 実施依頼書は、予防接種を受けたことにより、万一健康被害などが発生した場合、救済を行うための書類です。
- 実施依頼書は、作成に2週間程度要します。
- 必要書類：本人確認できるもの コピー可 (注)郵送の場合はコピー(代理申請の場合、申請者の確認書類も必要)
送付先の住所・接種を受ける人の名前を記入し、切手を貼った返信用封筒
(1依頼につき、依頼書と予診票3枚つづりになります。切手の不足が生じた場合は、着払いになります。)

【職員記入欄】

被接種者 個人番号カード 健康保険証 運転免許証 その他()	申請者 個人番号カード 健康保険証 運転免許証 その他()	続柄 住基 公的書類	本人確認書類の確認者
--	---	-------------------	------------