

【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	
申請の理由 (○をつけてください)	・かかりつけ医 (医療機関名・施設名: ) ・入院・入所中 ・その他の理由 ( )		
予防接種を受ける市町村名	都・道 府・県	市 町・村	医療機関名・施設名
依頼書の宛先	( ) 市町村長 ( ) 医療機関長 ( ) 施設長		

※ 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。

※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
--	---	---------------	------------