

年 月 日

泉大津市長 様

～記 入 例～

申請者 氏名 _____ (被接種者との続柄： _____)

住所 _____

電話 _____

・黒のボールペン（消せるボールペン不可）で記載

**申請者は予防接種を受ける方またはご家族
※上記以外の方は保健センターにご相談ください**

定期予防接種の依頼書発行について（お願い）

下記の事由により、定期予防接種を泉大津市外の医療機関等において接種したいので、泉大津市の同意と、実施にあたり依頼書の発行をお願いいたします。

該当の□に✓・()に記載

記

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 風しん第5期 <input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹（生ワクチン） <input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹（組換えワクチン） <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目	
接種を受ける者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 (_____)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 (_____)
	生年月日	M T S 年 月 日
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 (_____)
本市で接種できない理由	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所（施設名： _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
接種する医療機関等	名称	<input type="checkbox"/> 上記 入所施設と同様
	所在地	都道府県と市町村名のみ（郵送する場合は番地まで）
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 接種する医療機関等 <input type="checkbox"/> その他 (_____) (<input type="checkbox"/>)
	<input type="checkbox"/> 窓口	受理日から1週間後以降に窓口へ

※泉大津市処理欄（備考）

接種者以外の連絡先	氏名（ _____ ）被接種者との続柄（ _____ ） 電話番号（ _____ ） 決済後連絡（要・不要）	
助成金申請用紙	<input type="checkbox"/> 手渡し済 <input type="checkbox"/> 依頼書と一緒に郵送	<input type="checkbox"/> 郵送済（ _____ ） <input type="checkbox"/> H Pからダウンロード

**受理日
押印し
ます**