

年 月 日

泉大津市長 様

申請者 氏名 _____ (被接種者との続柄： _____)

住所 _____

電話 _____

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。

記

予防接種の種類	☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 高齢者新型コロナウイルス ☐ 風しん第5期 ☐ 高齢者带状疱疹 (生ワクチン) ☐ 高齢者带状疱疹 (組換えワクチン) ☐ 1回目・ ☐ 2回目	
接種を受ける者	氏名	☐ 申請者と同様 (_____)
	住所	☐ 申請者と同様 (_____)
	生年月日	M T S 年 月 日
	電話番号	☐ 申請者と同様 (_____)
本市で接種できない理由	☐ 入院 ☐ 入所 (施設名： _____) ☐ その他 (_____)	
接種する医療機関等	名称	☐ 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	☐ 郵送	☐ 申請者 ☐ 接種する医療機関等 ☐ その他 (_____) (〒 _____)
	☐ 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	☐ 手渡し済 ☐ 郵送済 (_____) ☐ 依頼書と一緒に郵送 ☐ H P からダウンロード

受 付 印

--