

泉大津市長 様

～記入例～

年 月 日

申請者 氏名 (被接種者との続柄:)

住所

電話

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

・黒のボールペン（消せるボールペン不可）で記載

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	☐ 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 ☐ HPからダウンロード

受理日
押印し
ます