～記 入 例～

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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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
・誤って記載した場合は二重線で訂正（訂正印は不要です）

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

該当の□に✔・（　　）に記載

予防接種の種類	□ 高齢者肺炎球菌　　□ 高齢者インフルエンザ	
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）
償還払い申請用紙	□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

受付印

受理日押印します