

(宛先) 枚方市長

予防接種実施依頼書交付申請書 (B類)

枚方市が実施する予防接種を、下記の理由により受けることができません。

つきましては、他市町村において接種を受けたいため、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

被接種者住所	〒573— 枚方市		電話番号(日中つながりやすい番号) () —	
被接種者氏名	フリガナ		生年月日(年齢)	
			大正 年 月 日 (才) 昭和	
予防接種の種類 (希望するものに✓)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌			
接種医療機関	名称		電話番号	() —
	所在地	〒 —		
申請理由 (該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> 被接種者のかかりつけ(接種希望)医療機関であるため <input type="checkbox"/> 上記医療機関に入院中のため <input type="checkbox"/> 施設入所中のため(下記該当施設に✓) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護・軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・その他			
	名称		電話番号	() —
	所在地	〒 —		
	生活保護受給世帯又は府市民税非課税世帯であり予防接種補助金申請書が必要ですか? <input type="checkbox"/> はい			
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 被接種者住所		<input type="checkbox"/> 申請者住所	
	<input type="checkbox"/> 入院先医療機関(担当者:)		<input type="checkbox"/> 入所中施設(担当者:)	
	<input type="checkbox"/> 保健センター窓口受取			

代理申請 *欄外を必ず ご確認ください。	氏名		続柄		電話番号	() —
	事業所名					
	住所	〒 — (被接種者と同じ場合は記入不要)				

*代理申請を頂く方へ

今回の予防接種実施依頼書申請にあたり被接種者ご本人に接種希望の確認と、ご本人またはご家族などに代理申請を行うことについて了承を得られましたか? はい

申請書記入日をご記入ください。

予防接種実施依頼書交付申請書 (B類)

枚方市が実施する予防接種を、下記の理由により受けることができません。

つきましては、他市町村において接種を受けたいため、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

被接種者住所	〒573— 枚方市 禁野本町2丁目13番13号		電話番号(日中つながりやすい番号)	(072) 840 — 7221
被接種者氏名	フリガナ	ホケン タロウ		
	氏名	保健 太郎		
予防接種の種類 (希望するものに✓)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌			
接種医療機関	名称	〇×病院		電話番号 (XXX) XXX — XXXX
	所在地	〒 XXX - XXXX 〇〇市 △△町 1-1-1		
申請理由 (該当するものに✓)	<input type="checkbox"/> 被接種者のかかりつけ (接種希望) 医療機関であるため <input type="checkbox"/> 上記医療機関に入院中のため <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所中のため (下記該当施設に✓) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 養護・軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・その他			
	名称	特別養護老人ホーム 〇〇苑		電話番号 (XXX) XXX — XXXX
	所在地	〒 〇〇市 □□町 1-1-1 接種医療機関と同じ場合は 同上とご記入ください。		
生活保護受給世帯又は府市民税非課税世帯であり予防接種補助金申請書が必要ですか? <input type="checkbox"/> はい				
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 入院先医療機関(担当者: <input type="checkbox"/> 保健センター窓口受取		<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 入所中施設 (担当者:)	
代理申請 *欄外を必ず 確認ください。	氏名	枚方 花子	続柄	子
	事業所名	(被接種者と同じ場合は記入不要) 申請書を記入される方の情報 をご記入ください。		
	住所	〒 XXX - XXXX □□市△△町1-2-3		

*代理申請を頂く方へ

今回の予防接種実施依頼書申請にあたり被接種者ご本人に接種希望の確認と、ご本人またはご家族などに代理申請を行うことについて了承を得られましたか? はい