

(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✓)	☐ 組換えワクチン(シングリックス) 2回		☐ 生ワクチン(ビケン) 1回	
	 ※带状疱疹ワクチンを接種済の人は原則対象外です。過去に組換えワクチンを1回のみ接種し、これから2回目を接種する場合、右記に✓してください。 ☐			
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✓)	☐ 被接種者のかかりつけ(接種希望)医療機関であるため			
	☐ 上記医療機関に入院中のため			
	☐ 施設入所中のため (下記該当施設に✓のうえ、施設名称を下記に必ずご記入ください。)			
	☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ 養護・軽費老人ホーム ☐ 介護医療院 ☐ 有料老人ホーム・その他			
	施設名		電話番号	() —
	所在地	〒 —		
	以下に該当する場合は、✓を入れてください。 ☐ 生活保護受給者 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 中国残留邦人等支援給付者			
依頼書の送付先	☐ 被接種者住所		☐ 代理申請者住所	
	☐ 入院先医療機関(担当者:)		☐ 入所中施設(担当者:)	
	☐ 保健予防課(予防接種係) 窓口受取		☐ その他 ()	

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

枚方市 使用欄	保字第 号	☐ 予診票 ☐ 府下申合せ ☐ 償還払い申請書	備考	
------------	-------	---	----	--