

(宛先) 枚方市長

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—XXXX 枚方市 枚方市岡東町8番33号		電話番号(日中つながりやすい番号) 072) 841 — 1429	
被接種者氏名	フリガナ ホケン ヨタロウ 保健 予太郎		生年月日(年齢) 大正 昭和 XX 年 XX月 XX 日 (XX歳)	
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	〇×病院		電話番号 () —
	所在地	〒 XXX XXXX 〇〇市 △△町 1-1-1		
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	特別養護老人ホーム 〇〇苑		電話番号 () —
	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。
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 ☐ 入院先医療機関(担当者: ☐ 保健予防課(予防接種係)		希望送付先に✓ してください。 ☐ 代理申請者住所 ☐ 入所中施設(担当者: ☐ その他(	

代理申請 *欄外を必ず ご確認ください	氏名	第三 分子	続柄	子	電話番号 (XXX) XXX — XXXX
	事業所名	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 (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 ☐ 償還払い	市の使用欄につき記入不可
------------	-------	---	--------------