

(宛先) 枚方市長

令和7年度高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルスワクチン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、下記の理由により枚方市取扱医療機関で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 昭和	年 月 日 (才)	
予防接種の種類 (希望するものに✓)	<input type="checkbox"/> 両方 (インフルエンザ・新型コロナ) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナ			
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✓のうえ、施設名称を下記に必ずご記入ください。) <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"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付者			
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 代理申請者住所 <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"/> 保健予防課(予防接種担当) 窓口受取 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 予診票 <input type="checkbox"/> 府下申合せ <input type="checkbox"/> 償還払い申請書	備考	
------------	-------	---	----	--