

(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— 1197 枚方市 禁野本町2丁目		電話番号(日中つながりやすい番号) (XXX XXX - XXXX	
被接種者氏名	フリガナ ホケンショ タロウ 保健所 太郎		生年月日(年齢) 大正 XX年 XX月 XX日 (XX才) 昭和	
	予防接種の種類 (希望するものに✓) ☒ 両方 (インフルエンザ・新型コロナ) ☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナ			
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✓)	☐ 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 ☐ 養護老人ホーム ☐ 軽費老人ホーム ☐ 有料老人ホーム・その他			
	施設名	〇×ホーム	電話番号	(XXX) XXX - XXXX
	所在地	〒 — 同上		
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(予防接種担当		その他 (	

代理申請 *欄外を必ず ご確認ください	氏名	所長 花子	続柄	施設長	電話番	(XXX) XXX - XXXX
	事業所名	〇×ホーム				(被接種者と同じ場合は記入不要)
	住所	〒 xxx - xxxx 〇〇市 △△町 1-1-1				

*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	保予第	市の使用欄につき記入不可	付下申合せ 書	備考
------------	-----	--------------	------------	----