

記入見本

令和 年 月 日

令和8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）

（宛先）枚方市長

記入必須です

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
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	1197 枚方市 禁野本町2丁目13-13		電話番号(日中つながりやすい番号) (072) XXX — XXXX	
被接種者氏名	フリガナ	ヒラカタ タロウ	生年月日(年齢)	
	枚方 太郎		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✓)	☐ インフルエンザのみ ☐ 新型コロナのみ ☒ 両方 (インフルエンザ・新型コロナ)			
接種医療機関	名称	〇〇病院	電話番号	(06) 222 — 2222
	所在地	〒 222-2222 大阪市 中央区△△ 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、施設名称を必ずご記入ください。)			
施設入所中の場合	施設名	特養〇〇園	必要に応じて記入	
	所在地	〒 222-2222 大阪市 中央区△△ 1-1-1		
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	大阪 花子	続柄	子	電話番号	(080) *****-*****
	事業所名					
	住所	〒 ***** 寝屋川市●●●				

※代理申請の場合
被接種者本人が接種を希望し、代理申請に
同意していることを必ず確認してください。

*代理申請を頂く方へ

今回の申請にあたっては、被接種者に接種希望の確認と代理申請を行う旨の同意を得てください。