

高齢者予防接種依頼状発行申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

貝塚市長 様

標記の件について、以下のとおり実施医療機関以外の医療機関で接種を希望するため、高齢者予防接種依頼状の交付を申請します。

氏 名 貝 塚 花 子

フリガナ	カイツカ ハナコ		
被接種者氏名	貝 塚 花 子		男 ・ 女
生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日 (80 歳)		
住 所	貝塚市 畠中1丁目18-8		
電話番号	() ※日中連絡のつく番号		
依頼市町村	該当する市に○印をつけてください。 堺市 ・ 河内長野市 ・ 高石市 ・ 泉大津市 ・ 和泉市 ・ 岸和田市 ・ 泉佐野市 泉南市 ・ 阪南市 ・ 忠岡町 ・ 熊取町 ・ 田尻町 ・ 岬町 その他(		
申請理由	1. 入院中のため 医療機関名()		
	2. 入所中のため 施設名 (△△ホーム)		
	3. その他 (往診 ・ 透析等かかりつけ医での接種が望ましいなど)		
	接種医療機関名	□□病院	
	住 所	大阪府 泉佐野市 〇丁目 〇番地	
	電 話 番 号	() ※接種医療機関の電話番号	
予防接種種類 (複数選択可)	インフルエンザ ・ 肺炎球菌 ・ 新型コロナウイルス感染症 帯状疱疹 (生ワクチン ・ 組換えワクチン1回目 ・ 組換えワクチン2回目)		
依頼状受取方法	いずれかに○印をつけてください。 1. 窓口手渡し 2. 郵送 (宛先を記入し、返信用封筒を添付)		
今年度課税状況	(1) 市民税課税世帯 (2) 市民税非課税世帯 (3) 生活保護受給者 (2)・(3)に○印された場合、別途負担金免除の申請が必要です。 ※ご存じの範囲で結構です。		

事務処理欄

受付日	年 月 日	受付者	
処理方法	郵送(/) ・ 手渡し(/)	処理者	
備考			