

予防接種依頼書の交付申請書

年 月 日

泉佐野市長 様

申請者 氏 名 _____ (被接種者との続柄: _____)
〒 _____
住 所 _____
電話番号 _____

下記の理由により予防接種依頼書の交付を申請します。
予防接種を受けるにあたっては、受け入れ市区町村・実施医療機関での実施方法による接種となること、接種費用については依頼先の受入れ状況により実費徴収が必要な場合は一旦全額自己負担となることを承諾します。また、予防接種後は、予診票の写しを泉佐野市に提出することに同意します。

記

1. 予防接種の種類	☐ 高齢者インフルエンザ予防接種 ☐ 新型コロナワクチン定期予防接種 ☐ その他 (_____)		
2. 被接種者 (接種を受ける者)	氏 名		
	住 所	泉佐野市	
	生年月日	(大正・昭和) 年 月 日 (歳)	
3. 依頼理由	☐ 入所中のため (施設名: _____) ☐ 入院中のため (病院名: _____) ☐ その他 (_____)		
4. 接種医療機関	名 称	☐ 上記 (施設・病院) と同じ	
	所 在 地		
	電話番号	_____	
5. 接種する医療機関は、当該施設所在市町村に指定されていますか？	はい ・ いいえ		
6. 依頼書の宛名	☐ 接種する市町村長あて (_____ 市町村) ☐ 接種する医療機関あて		
7. 依頼書の送付先	☐ 郵 送	☐ 申請者住所 ☐ 接種医療機関 ☐ 入所施設 (〒 _____) ☐ その他 (_____)	
	☐ 窓 口	受理日 (本市受付後) から 1 週間後以降に窓口へ	

設問 4、5、6 は、入所・入院施設又は、市町村にご確認のうえ申請してください。

※泉佐野市処理欄

償還払い申請用紙	☐ 依頼書と一緒に郵送 ☐ ホームページから印刷
	☐ 手渡し済 ☐ その他 (_____)

受付印

