

課長	課長代理	係長	担当

～他市医療機関での～

交野市定期予防接種依頼書交付申請書

受付 No. _____

交野市長 様

下記理由により、交野市契約医療機関以外での接種を希望します。つきましては、予防接種法に基づく定期予防接種依頼書の発行を申請します。

年 月 日

ふりがな			
接種者氏名			
生年月日・年齢	大正・昭和	年	月 日 (歳)
住所・電話番号 (住民登録のあるところ)	交野市 Tel () -		
【高齢者】予防接種名 (○をして下さい)	帯状疱疹 生ワクチン	帯状疱疹 組換えワクチン (1回目・2回目)	肺炎球菌感染症
	新型コロナウイルス感染症		インフルエンザ
接種先医療機関名			
接種先医療機関住所 電話番号	Tel () -		
理由	ア. 疾患があり、かかりつけ医での接種が望ましい イ. 市外に所在する病院に入院中 ウ. 施設に入所中 (該当するものに○、また入所施設名を記入してください) ①養護老人ホーム ②特別養護老人ホーム ③軽費老人ホーム ④介護老人保健施設 ⑤その他 入所施設名：() エ. その他 ()		
依頼書送付先	被接種者自宅 ・ 代理者自宅 ・ その他 ()		

代理申請の場合、以下もご記入ください。

代理者： _____

住所： _____

電話番号： _____

被接種者との続柄： _____

[受付者]

身体障害者手帳(60～64歳)	
無	有(写し添付)

依頼書宛先名	
市町村長 宛	病院長 宛

償還払い	
無	有