

令和7年度高齢者の予防接種(インフルエンザ・新型コロナワクチン)  
 依頼書交付申請書(八尾市委託医療機関以外の接種)

(あて先)八尾市長

下記のとおり、八尾市委託医療機関以外での予防接種を希望しますので、依頼書の交付を申請します。

①申請者	氏名	被接種者との続柄( )		
	住所	〒	—	住所
	電話番号			

②予防接種の種類 (接種を予定している予防接種に☑してください。) ※複数選択可	<input type="checkbox"/> インフルエンザ(65歳以上)	※60~64歳の方で、心臓・腎臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障害がある身体障害者1級相当の方は、手帳の写し等の確認できるものを添付し申請をしてください。
	<input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン(65歳以上)	

③申請理由 (該当する番号に○をつけてください)	1.八尾市以外の医療機関で入院中・又は八尾市以外の施設等に入所中 2.基礎疾患等(人工透析など)により八尾市委託医療機関における接種が困難である 3.八尾市以外に長期滞在中 4.その他( )
-----------------------------	--

④入院・入所・滞在先	(入院・入所先の名称 又は滞在先のあて名)		
	〒	—	住所

⑤接種する医療機関	(医療機関名)		
	〒	—	住所

⑥依頼書送付先	1.申請者住所 2.入院・入所・滞在先 3.接種医療機関 4.その他( )
※償還払対象の方には、「依頼書」と「償還払請求書」を送付します。振込先は被接種者の口座となりますので、被接種者か家族に必要書類とともにお渡し下さい。	

⑦被接種者の情報(一度に複数名の被接種者の申請をする場合は、同一の医療機関で同一のワクチン(複数可)を接種する場合に限ります。)

氏名(フリガナ)	生年月日	住所
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市
	大正 昭和 年 月 日	八尾市

*センター記入欄	受付 / 来庁・郵送・FAX 受付者
----------	--------------------

\* 必要事項を記載して、下記までご提出をお願いします。郵送の場合、郵便代は実費となります。  
 なお、依頼書の発行には、受付後、2週間程度かかりますので、ご留意下さい。

【提出先】 〒581-0833 八尾市旭ヶ丘5丁目85-16 八尾市保健センター 健康推進課 予防接種担当  
 TEL:072-994-8480 FAX:072-996-1598