

高齢者の予防接種依頼書交付申請書 (八尾市委託医療機関以外の接種)

(あて先)八尾市長

受付番号 -B-

下記理由により、被接種者が他市町村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 | 住所   | 〒 | — | 住所       |  |
|      | 氏名   |   |   |          |  |
|      | 電話番号 |   |   | 被接種者との続柄 |  |

※1種類のワクチンにつき、1枚で申請して下さい。

|   |   |   |           |  |  |
|---|---|---|-----------|--|--|
| ②予防接種の種類  | <input type="checkbox"/> インフルエンザ(65歳以上)   |   |           |  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌(年度対象者)  |   |           |  |  |
| ③接種理由<br>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<br>2 かかりつけ医による接種(人工透析・継続治療中)<br>3 他市に長期滞在中<br>4 その他( ) |   |           |  |  |
| ④入院・入所先の住所  | 〒   | — | 住所        |  |  |
|   | 入院・入所先の名称   |   |           |  |  |
|   | 電話番号  |   |           |  |  |
| ⑤接種する医療機関<br>住所・名称・電話   | 〒   | — | 住所        |  |  |
|   | 名称  |   |           |  |  |
|   | 電話番号  |   |           |  |  |
| ⑥依頼書送付先<br>該当する番号に○をつけてください   | ①申請者住所  |   | ④入院・入所先住所 |  |  |
|   | ⑤接種医療機関   |   | その他( )    |  |  |
| ※償還払対象の方には、依頼書発行と償還払請求書を同封します。振込先は被接種者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。 |   |   |           |  |  |

| 被接種者     |      |     |        | 肺炎球菌のみ<br>肺炎球菌接種歴<br>※有は対象外 |
|----------|------|-----|--------|-----------------------------|
| 氏名(フリガナ) | 生年月日 | 性別  | 住民登録住所 |                             |
|          |      | 男・女 | 八尾市    | 有・無                         |
|          |      | 男・女 | 八尾市    | 有・無                         |
|          |      | 男・女 | 八尾市    | 有・無                         |
|          |      | 男・女 | 八尾市    | 有・無                         |
|          |      | 男・女 | 八尾市    | 有・無                         |
|          |      | 男・女 | 八尾市    | 有・無                         |
|          |      | 男・女 | 八尾市    | 有・無                         |
|          |      | 男・女 | 八尾市    | 有・無                         |
|          |      | 男・女 | 八尾市    | 有・無                         |

\* 必要事項を記載して、返送をお願いします。

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番地16 八尾市保健センター 予防接種 担当