

高齢者インフルエンザ定期予防接種依頼書発行願い（病院用）

令和 年 月 日

三田市長あて

申請者

住所 〒

氏名 (続柄)

電話番号

下記の理由により、三田市内で予防接種ができませんので依頼書の発行をお願いします。
なお、接種希望の市町村において接種料が有料の場合は全額自己負担することとします。

記

接種希望者

ふりがな

- 1 氏名 _____
- 2 住所 〒 三田市 TEL _____
(申請者と違う場合記入) 明治・大正
- 3 生年月日 昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
- 4 接種場所 医療機関名 _____ (代表者名 _____)
住 所 〒 _____
電 話 _____
- 5 接種予定日 令和 年 月 頃予定 (申請日より 2 週間以降)
- 6 他市での接種を希望する理由 かかりつけ医療機関のため
(該当するものに○か記入) 施設入所中 / 病院入院中
[その他]
- 7 対象区分 (該当者のみチェック)
 身体障害者手帳 1 級 (※接種当日に 60~64 歳で、心臓・腎臓・呼吸器・免疫機能のいずれかの障害で身体障害者 1 級を持つ方)
 生活保護世帯
- 8 その他 (送付先等希望あれば)
 申請者住所へ送付希望
 その他 ()

| 健康増進課 使用欄 | 項目 | 住民確認 | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 依頼先 | 接種予定日 |
|--------------|-----|------|----|------|----|-----|-------|
| | 受付時 | | | | | | |
| | 送付時 | | | | | | |

