

記入例

B類定期予防接種他市依頼書発行願（本人・家族申請用）

令和8年 月 日

三田市長あて

申請者

住 所 〒669-1514 三田市川除 675

氏 名 三田 花子 （続柄 子 ）

電話番号 079-559-6155 ※日中連絡可能な電話番号

下記の理由により、三田市内で予防接種を受けることができませんので依頼書の発行をお願いします。
なお、接種を希望する医療機関が所在する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

接種を受ける人	住所	〒669-1595 三田市三輪2丁目1-1 ☐ 申請者と同じ		
	電話番号	☒ 申請者と同じ（ — — ）		
	ふりがな	さんだ たろう	生年 月日	大正 ・ 昭和 31年 5月 17日 (接種当日 70歳)
	氏名	三田 太郎		
受ける予防 接種の種類 (該当箇所に ☒ をつけて ください)	☒ 高齢者インフルエンザ	※広域・県外のみ		
	☒ 新型コロナウイルス感染症	※広域・県外のみ		
	☐ 高齢者肺炎球菌			
	☐ 帯状疱疹（生ワクチン）			
	☐ 帯状疱疹（不活化ワクチン）			
接種を希望 する医療機関	病院名	〇〇〇クリニック	電話番号 ●●-●●●-●●●●	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 △△市××町1-1-1		
	医師名	△△ △△		
接種予定日	令和8年 10月 20日 ※依頼書の発行には2週間程度かかります。			
他市で接種を 希望する理由	☒ かかりつけ医療機関のため ☐ 施設入所中 ☐ 入院中 ☐ その他（ ）			
依頼書の 送付先	☒ 被接種者住所へ送付 ☐ 申請者住所へ送付 ☐ その他（〒 ）			
対象区分 (該当者のみ)	☐ 生活保護世帯 ※接種の際に生活保護受給証明書が必要です。			

※市処理欄

①受付時確認	☐ 住民登録 ☐ 対象年齢 ☐ 接種歴 ☐ 医療機関 ☐ 接種日（担当： ）
②健管・台帳入力、帳票印刷（日付： 担当： ）	③発送（日付： 担当： ）