Ｂ類定期予防接種他市依頼書発行願い（本人・家族申請用）

年　　月　　日

三田市長　あて

申請者

住　所　〒

氏　名　　（続柄　　）

電話番号　　※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

<table>
<tr><td rowspan="3">接種を
受ける人</td><td>住所</td><td colspan="3">〒
三田市
□申請者住所と同じ</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年
月日</td><td rowspan="2">大正　・　昭和
年　　月　　日
（接種当日　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">受ける予防
接種の種類
(該当箇所に
☑をつけて
ください)</td><td colspan="2">□　高齢者インフルエンザ</td><td colspan="2">※広域・県外のみ</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　新型コロナウイルス感染症</td><td colspan="2">※広域・県外のみ</td></tr>
<tr><td colspan="2">□　高齢者肺炎球菌</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">□　帯状疱疹（生ワクチン）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">□　帯状疱疹（不活化ワクチン）</td><td colspan="2">□　１回目　　□　２回目</td></tr>
<tr><td rowspan="3">接種を希望
する医療機関</td><td>病院名</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3">〒</td></tr>
<tr><td>医師名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>接種予定日</td><td colspan="4">年　　月　　日　※依頼書の発行には２週間程度かかります。</td></tr>
<tr><td>他市で接種を
希望する理由</td><td colspan="4">□　かかりつけ医療機関のため　□　施設入所中　□入院中
□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>依頼書の
送付先</td><td colspan="4">□　被接種者住所へ送付　□　申請者住所へ送付
□　その他（〒　　）</td></tr>
<tr><td>対象区分
(該当者のみ)</td><td colspan="4">□　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。</td></tr>
</table>

※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：　　）