

B類定期予防接種他市依頼書発行願い（医療機関・施設代理申請用）

年 月 日

三田市長 あて

申請者

施設住所 〒

施設名

施設管理者名か施設長名

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

接種を受ける人	住所	〒 三田市 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ		
	ふりがな		生年 月日	大正・昭和 年 月 日 (接種当日 歳)
受ける予防接種の種類 (該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> をつけて ください)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	※広域・県外のみ		
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	※広域・県外のみ		
	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌			
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹（生ワクチン）			
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹（不活化ワクチン）	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	
接種を希望する医療機関	病院名		電話番号	
	所在地	〒		
	医師名			
接種予定日	年 月 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	<input type="checkbox"/> かかりつけ医療機関のため <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所へ送付（ ）様宛 <input type="checkbox"/> 被接種者住所へ送付 <input type="checkbox"/> その他（〒 ）			
対象区分 (該当者のみ)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 対象年齢 <input type="checkbox"/> 接種歴 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 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:)	