

高齢者インフルエンザ定期予防接種依頼書発行願い（個人用）

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

日頃予定

(申請日より 2 週間以降)

6 他市での接種を希望する理由

(該当するものに○か記入)

かかりつけ医療機関のため

／ 施設入所中

／ 病院入院中

{ その他

7 送付先 (該当箇所にチェック)

申請者住所へ送付希望

接種希望者住所へ送付希望

その他 ()

8 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

健康増進課 処理欄	受付	受付処理/ 健康管理入力	台帳入力/ 帳票印刷	起案	送付
日付					
担当者名					

(個人用)

高齢者インフルエンザ予防接種依頼書発行願い

記入例

令和 ○ 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 家族)

電話番号 079-559-5701

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 さんだ たろう

1 氏名 三田 太郎

〒000-0000

2 住所 三田市川除 675 Tel.079-559-5701

(申請者と違う場合記入) 明治・大正

3 生年月日 昭和・平成 25 年 5 月 17 日 (満 69 歳)

4 接種場所 医療機関名 ○○○○クリニック (代表者名)
住 所 〒000-0000 ○○市××町1-1-1
電 話 ○○○-○○○-○○○○

5 接種予定日 令和 ○年△月下旬頃接種予定 (申請日より 2 週間以降)

6 他市での接種を希望する理由 (該当するものに○か記入)
かかりつけ医療機関のため (施設入所中) 病院入院中
[その他]

7 送付先 (該当箇所にチェック)
 申請者住所へ送付希望
 接種希望者住所へ送付希望
 その他 ()

8 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

健康増進課 処理欄	受付	受付処理/ 健康管理入力	台帳入力/ 帳票印刷	起案	送付
日付					
担当者名					