

高齢者インフルエンザ定期予防接種依頼書発行願い（医療機関・施設用）

令和 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

(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 (担当者 :

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

	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					

(医療機関・施設用)

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

施設住所 〒000-0000 ○○○市 ○○丁目○○-○

施設名 ○○会 ○○の里

施設管理者名か施設長名 ○○ ○○ (続柄 施設長)

電話番号 000-0000-0000

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

2 住所

〒000-0000 三田市川除 675 Tel 079-559-5701

3 生年月日

明治・大正
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

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

病院入院中 / 施設入所中

(該当するものに○か記入)

7 送付先 (該当箇所をチェック)

[その他]

申請者住所へ送付希望 (担当者 : ○○ ○○)

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

	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					