

B 類定期予防接種他市依頼書発行願い（本人・家族申請用）

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 子) Tel 079-559-5701

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

被接種者

ふりがな さんだ たろう

1 氏名 三田 太郎
〒669-1595

2 住所 三田市 三輪 2 丁目 1-1 Tel 079-563-1111
(申請者と異なる場合は記入)

3 生年月日 大正・昭和 33 年 5 月 17 日 (接種当日 66 歳)

※60~64 歳の場合、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 級または 1 級相当

4 予防接種の種類 (該当箇所にチェック) [x] 高齢者インフルエンザ [x] 新型コロナウイルス感染症

5 接種場所・希望日 ※阪神 6 市 1 町 (尼崎・西宮・芦屋・伊丹・宝塚・川西・猪名川) の受託医療機関は、
依頼書発行の申込みは必要ありません。
(受託医療機関であるかは医療機関に直接もしくは所在する市町ホームページ等を確認)

Table with 3 columns: Medical Institution Name, Address, Telephone Number, and Vaccination Date. It compares 'High Age Influenza' and 'Novel Coronavirus Infection'.

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
被接種者住所へ送付希望
その他

8 対象区分 (該当者のみチェック)

- 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。)