

記入例

B 類定期予防接種他市依頼書発行願い（医療機関・施設代行申請用）

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 ○○ ○○ Tel 000-0000-0000

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: 医療機関名, 住所, 電話番号, 接種予定日. Rows include 高齢者インフルエンザ and 新型コロナウイルス感染症 columns.

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)
[x] 申請者住所へ送付希望 (担当者氏名: ○○ ○○) [ ] 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。)