受付者（〒は収受印）

高齢者インフルエンザ予防接種

実　施　依　頼　書　交　付　申　請　書

本人の接種意思がある		はい　・　いいえ※いいえの場合はこの予防接種は受けられません
接種希望者	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日（満　　歳）
	住所	長岡京市
	電話番号	
理　　由		□　他市町村への長期滞在の為 □　主治医のところで接種したい □　その他（　　）
接種医療機関		医療機関名 住所　〒 □滞在先市町村の委託医療機関と確認済みです。
依　頼　先		□市町村（　　）　　□医療機関 ※依頼先が市町村の場合、委託医療機関に限る。
滞在先住所		〒 電話（　　）　　－
滞在予定期間		年　　月　　日～　　年　　月　　日まで
依頼書送付先		□本人住所　　□申請者住所　　□滞在先 □その他（〒 様宛　）

上記の理由により高齢者インフルエンザ予防接種実施依頼書の交付を申請します。

年　　月　　日

長 岡 京 市 長 様

申 請 者（本人又は家族のみ）

住　所　〒

（自　署）　氏　名

（続柄）

電　話（　　）　　－

※職員確認事項

□自己負担免除（有・無）　□説明書で説明済　　□償還払い申請書渡し済み

□接種歴なし（NIGHTS・任意）　□年齢　　□申請者（保険証　免許証　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ　　）

□60～64 歳身障手帳コピー