

# 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種 実施依頼書交付申請書

受付者（〒は収受印）

|                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                                                                                  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 本人の接種意思がある                                                                                                                                                                                                                        |      | はい ・ いいえ※いie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 | 大正・昭和 年 月 日（満 歳）                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                   | 住所   | 長岡京市                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                   | 電話番号 |                                                                                                                                  |  |
| 理 由                                                                                                                                                                                                                               |      | <input type="checkbox"/> 他市町村への長期滞在の為<br><input type="checkbox"/> 主治医のところで接種したい<br><input type="checkbox"/> その他（ ）               |  |
| 接種医療機関                                                                                                                                                                                                                            |      | 医療機関名<br>住所 〒<br><input type="checkbox"/> 滞在先市町村の委託医療機関と確認済みです。                                                                  |  |
| 依 頼 先                                                                                                                                                                                                                             |      | <input type="checkbox"/> 市町村（ ） <input type="checkbox"/> 医療機関<br>※依頼先が市町村の場合、委託医療機関に限る。                                          |  |
| 滞在先住所                                                                                                                                                                                                                             |      | 〒<br>電話（ ） —                                                                                                                     |  |
| 滞在予定期間                                                                                                                                                                                                                            |      | 年 月 日～ 年 月 日まで                                                                                                                   |  |
| 依頼書送付先                                                                                                                                                                                                                            |      | <input type="checkbox"/> 本人住所 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先<br><input type="checkbox"/> その他（〒 様宛 ） |  |
| 上記の理由により高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種実施依頼書の交付を申請します。<br>年 月 日<br>長岡京市長様<br><div style="text-align: right;">           申請者（本人又は家族のみ）<br/>           住 所 〒<br/>           （自 署）氏 名<br/>           （続柄）<br/>           電 話（ ） —         </div> |      |                                                                                                                                  |  |

## ※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（免許証 マイナンバー 資格確認書 ）  
☐ 60～64 歳身障手帳コピー