受付者（〒は収受印）

高齢者予防接種（Ｂ類疾病）

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	長岡　太郎
	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	住所	開田〇丁目〇番×号
	電話番号	075−951−2121
予防接種の種類		☐ インフルエンザ　☑ 帯状疱疹（☐生ワクチン：１回　☐不活化ワクチン：２回） ☑ コロナ　☐ 肺炎球菌
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　〇〇病院　住所　☐☐県△△市〇〇〇丁目〇番×号
依　頼　先		☑ 市町村（　△△市　）　☐ 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		〒 △△△ー☐☐☐☐ △△市〇〇ー 電話（ △△△ ）☐☐☐☐ － 〇〇〇
滞在予定期間		〇〇年 〇〇月 〇〇日～〇〇年 〇〇月 〇〇日まで
依頼書送付先		☐ 本人住所　☐ 申請者住所　☑ 滞在先 ☐ その他（〒　　宛先：　　）

上記の理由により高齢者予防接種（Ｂ類疾病）実施依頼書の交付を申請します。

〇年　〇月　〇日

長 岡 京 市 長 様

申 請 者（本人又は家族のみ）
住　所　〒 △△△—☐☐☐☐
大阪市北区〇〇ー☐

（自　署）　氏　名　長岡　花子
（続柄）　長女
電　話　（ 06 ）△△ － ☐☐☐

※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（健康かるて確認）　☐年齢　☐申請者（マイナンバーカード等）　　）
☐60～64歳身障手帳コピー