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	
	生年月日	
	住所	
	電話番号	
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　　住所
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（　　）　　ー
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（〒　　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。

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（かるて・任意）　□年齢　□申請者（免許証　資格確認書　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ　その他　　）
□60～64歳（ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害があり、日常生活がほとんど不可能な方）