

# 高齢者予防接種（B類疾病）

## 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 ※いいう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

<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹
<input checked="" type="checkbox"/> コロナ	<input type="checkbox"/> 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

〒 **△△△-□□□□**

**△△市〇〇-**

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-□**

（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 免許証 \_\_\_\_\_）
- 60～64歳身障手帳コピー