# 高齢者予防接種（Ｂ類疾病）
# 実　施　依　頼　書　交　付　申　請　書

| 受付者<br>（〒は収受印） |
| --- |
| |

| | | |
| --- | --- | --- |
| 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<br>□ コロナ　□ 肺炎球菌 |
| 理　　由 | | □　他市町村への長期滞在の為<br>□　主治医のところで接種したい<br>□　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<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 | | □本人住所　□申請者住所　□滞在先<br>□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（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