

年 月 日

泉大津市長 様

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ (被接種者との続柄: \_\_\_\_\_)

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

定期予防接種の依頼書発行について (お願い)

下記の事由により、定期予防接種を泉大津市外の医療機関等において接種したいので、泉大津市の同意と、実施にあたり依頼書の発行をお願いいたします。

記

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	
接種を受ける者	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 ( _____ )
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 ( _____ )
	生年月日	M T S      年      月      日
	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同様 ( _____ )
本市で接種できない理由	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 (施設名: _____) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
接種する医療機関等	名称	<input type="checkbox"/> 上記 入所施設と同様
	所在地	都道府県と市町村名のみ (郵送する場合は番地まで)
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 接種する医療機関等 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ( 〒 _____ )
	<input type="checkbox"/> 窓口	受理日から1週間後以降に窓口へ

※泉大津市処理欄 (備考)

接種者以外の連絡先	氏名 ( _____ ) 被接種者との続柄 ( _____ ) 電話番号 ( _____ ) 決済後連絡 (要・不要)
助成金申請用紙	<input type="checkbox"/> 手渡し済 <input type="checkbox"/> 郵送済 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 依頼書と一緒に郵送 <input type="checkbox"/> HPからダウンロード

受 付 印

--