

高齢者インフルエンザ区域外予防接種申込用紙


令和 年 月 日

指定医療機関での予防接種が困難であり、下記医療機関において接種を希望します。

申込者	住所	〒		
	氏名		被接種者 との続柄	
	電話番号	()		

被接種者名	(ふりがな)	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日
住所	羽曳野市					
予防接種の種類	高齢者インフルエンザ					
理由 (○をつけて ください)	1. 特殊な疾病を有しており、指定医療機関での予防接種ができないため 2. 医療機関への入院、介護保健施設等への入所により、市外に長期滞在しているもの 3. その他()					
滞在先	〒					
予防接種 実施医療機関	医療機関名					
	所在地	都・道 府・県		市・区 町・村		
書類送付先	(申込者の住所・滞在先) その他の場合は以下に記入してください。 〒					

※以下は接種予定の医療機関がある自治体に必ずご確認ください。

依頼書	必要・不要  宛先 (市町村長あて・医療機関あて)
接種費用	接種医療機関のある自治体の公費負担制度 あり・なし