

予防接種実施依頼書交付申請書 (連名用)

柏原市長様

令和 ○年 △月 □日

下記のとおり、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

申請者	住所	〒 ○○-△△		
	氏名	○○ △△		
	電話番号	○○ (△△) □□	被接種者 との続柄	施設職員等

予防接種の種類	高齢者インフルエンザ ・ 新型コロナウイルス		
被接種者名	生年月日	住所	
○○ △△	T S . .	柏原市 ○○ △△	
	T . S . .	柏原市	
	T . S . .	柏原市	
	T . S . .	柏原市	
	T . S . .	柏原市	
	T . S . .	柏原市	
	T . S . .	柏原市	
	T . S . .	柏原市	
	T . S . .	柏原市	
接種理由 (○をつけてください)	1. 柏原市内の委託医療機関以外の かかりつけ医による接種 (人工透析・継続治療中)		
	2. 柏原市以外の医療機関への入院、柏原市以外の施設等への入所		
	3. 市外に長期滞在している		
	4. その他 ()		
滞在先 (○をつけてください)	入院・入所・滞在先名	○○病院	
	住所	〒 ○○-△△	
	電話番号	○○ (△△) □□	
予防接種実施 医療機関	医療機関名	○○病院	
	住所	〒 ○○-△△	
	電話番号	○○ (△△) □□	
依頼書の受取方法	1. 窓口にて手渡し 2. 申請者に郵送(郵送の場合、110円切手を必ず同封してください) 3. メール		
	メールアドレス:		
	備考		
依頼書の宛先	1. 市町村長宛 2. 医療機関宛		
接種医療機関の自治体の公費負担制度	1. 利用できる 2. 利用できない		

大阪府内における施設(養護老人ホーム・特別養護老人ホーム・経費老人ホーム及び保健施設)の場合、接種医療機関の自治体の公費負担制度は「1、利用できる」に○をしてください。
※接種費用(自己負担額)等は各市町村によって異なります。

【提出先】 〒582-8555 柏原市安堂町1番55号 柏原市役所

☎ : 072-920-7381

FAX : 072-920-7036