

予防接種実施依頼書交付申請書

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	

予防接種の種類 (○をつけてください)	高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス
------------------------	----------------------

受ける人 (被接種者)	ふりがな	
	氏名	○○ △△
	生年月日	大正・昭和 ○年 △月 □日
	住所	〒 ○○ - △△ 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	○○ (△△) □□

接種予定医療機関	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	

依頼書の宛名	1. 市区町村長宛 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 (自己負担)
-------------------	---------------------------

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

☎ : 072-920-7381

FAX : 072-920-1000