

定期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)		インフルエンザ・新型コロナウイルス		
接種を受ける人 (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）		

インフル・コロナのみ
 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、依頼書の宛先は「1. 市町村宛」にする。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。

インフル・コロナのみ記載

【提出先】 〒582－8555 柏原市安堂町1番55号 柏原市健康部健康づくり課予防接種担当

☎：072－920－7381

FAX：072－920－7036