

様式第1号の3 (第5条第1項関係)

定期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	

予防接種の種類	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	
	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)	住所	〒	
	入院・入所・滞在先名		
	電話番号	( )	
予防接種実施 医療機関	医療機関名		
	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 (自己負担)		

【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