

高齢者等インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌（23 価）

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

（あて先）久御山町長

申請者（〒 _____ - _____ ）

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

※被接種者本人の自署ではない場合は被接種者の捺印をお願いします。

下記理由により、他地において予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

フリガナ 被接種者氏名			
被接種者住所	（〒 _____ - _____ ） 久御山町 （TEL _____ ）		
生 年 月 日	明・大・昭	年	月 日（接種時 _____ 歳）
被接種者との続柄	（申請者から見た続柄）		
予防接種の種類 （該当に○）	<input type="checkbox"/> 高齢者等インフルエンザ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌（23 価）
依頼先医療機関 等の住所・名称	（〒 _____ - _____ ） （TEL _____ ）		
当町で受けられない理由			
滞在先等の 住所・名所	（〒 _____ - _____ ） （TEL _____ ）		
依頼書送付先 （該当に○）	<input type="checkbox"/> 申請者住所	<input type="checkbox"/> 被接種者住所	<input type="checkbox"/> 滞在・入院等住所
備 考 （接種予定日等）	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日接種予定		

⑨高齢者用肺炎球菌（23 価）予防接種は、接種をしようとする年度に、久御山町が発行した「接種券」をお持ちの人のみが対象となります。

見 本

令和 年 月 日

高齢者等インフルエンザ・高齢者用肺炎球菌（23 価）

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

（あて先）久御山町長

※申請者は接種者のご家族
またはご本人でお願いします。

申請者(〒〇〇〇-〇〇〇〇)

住 所 久御山町島田ミスノ 38

氏 名 久御山 花子

電 話 0774-45-3904

※被接種者本人の自署ではない場合は被接種者の捺印をお願いします。

下記理由により、他地において予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

フリガナ 被接種者氏名	クミヤマ タロウ 久御山 太郎		
被接種者住所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 久御山町 島田ミスノ 38 番地 (TEL 0774-12-3456)		
生年月日	明・大・ 昭 XX年 XX月 XX日 (接種時 XX歳)		
被接種者との続柄	父 (申請者から見た続柄)		
予防接種の種類 (該当に○)	<input type="radio"/> 高齢者等インフルエンザ	<input type="radio"/>	高齢者用肺炎球菌 (23 価)
依頼先医療機関 ・施設等名称	京都市 京都長寿老人ホーム		
当町で受けられない理由	入所のため 等...		
依頼先及び 滞在先住所	〒 123-4567 京都市〇〇区〇〇町 (TEL: 075-123-4567)		
依頼書送付先 (該当に○)	<input type="radio"/> 申請者住所	<input type="checkbox"/>	被接種者住所 <input type="checkbox"/> 入所・入院先住所
備考 (接種予定日等)	令和XX年 XX月 XX日接種予定		

②高齢者用肺炎球菌（23 価）予防接種は、接種をしようとする年度に、久御山町が発行した「接種券」をお持ちの人のみが対象となります。