

高齢者定期予防接種依頼書発行申請書

※太枠内をご記入下さい。(署名以外は代筆可)

申請者 (本人または家族)	(住所)		
	(氏名) (続柄:)		
ふりがな		被接種者の 生年月日	大正 年 月 日 昭和 (満 歳)
被接種者名			
被接種者 住所	粕屋町 □ 同上		
連絡先 電話番号	(本人 ・ 申請者)		
接種する ワクチン	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナワクチン ☐ 肺炎球菌 ☐ 帯状疱疹 ※接種歴が曖昧な場合はかかりつけ医等に確認しましょう。 ⇒過去に肺炎球菌又は帯状疱疹予防接種を受けたことが (ある ・ ない)		
理由	☐ かかりつけ医での接種 ☐ 入院中・施設入所中		
依頼書 送付先 ※窓口受取りの 場合不要	☐ 申請者住所 ☐ 被接種者住所 ☐ 入所施設 ☐ その他 (名称 〒)		
契約医療機関外での接種を希望するため、予防接種依頼書の発行を申請いたします。 粕屋町長 様 (署名) _____ (本人が直筆できない場合) 私が本人の意思を確認しました。 (署名) _____ (続柄:)			
接種する医療機関			
医療機関名		電話番号	
住 所			
(施設入所中の場合のみ記入) 入 所 施 設			
施 設 名		電話番号	
住 所			

- ・依頼書は本人の接種意思に基づき発行します。
- ・依頼書の申請は、本人もしくは家族からの申請とします。