

県外

高齢者予防接種依頼申請書

(インフルエンザ・新型コロナ・肺炎球菌・帯状疱疹用)

※太枠内を記入

申請年月日	年 月 日
接種をする種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹(生水痘) <input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹(組換え)(1回目・2回目)
住 所	〒 — 電話 () — 福山市
送付先住所 ※住所地以外に送付を希望する場合	〒 — 電話 () — 様方
接種を受ける人の名前・生年月日	ふりがな 大正・昭和 年 月 日生 (歳)
※代理人が申請する場合	代理人住所 接種者との続柄(家族) 代理人名前.....電話 () —
接種を希望する医療機関名	(都・道・府・県 市・町)
接種する予定日	年 月 日頃

受付者名 () ※確認したら☑	<input type="checkbox"/> 接種費用の支給についての説明 <input type="checkbox"/> 被接種者本人の意思確認がある。 <input type="checkbox"/> 接種予定の医療機関が依頼先市町村の実施医療機関である。 <input type="checkbox"/> 接種時に依頼書(原本またはコピー)を持参する。 <input type="checkbox"/> 依頼書の送付先： <input type="checkbox"/> ①住所 <input type="checkbox"/> ②居住地 <input type="checkbox"/> ③その他
処理者名 () ※処理したら☑	<input type="checkbox"/> 被接種者住民基本台帳・対象年齢確認 依頼先： <input type="checkbox"/> 接種希望医療機関 担当課： <input type="checkbox"/> 市町長 TEL： 確 認 日： 年 月 日 本人に送付する依頼書：コピー 原本 <input type="checkbox"/> 依頼書交付年月日： 年 月 日