**高齢者予防接種依頼申請書**

**県 外**

**（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** | □高齢者インフルエンザ　　□高齢者新型コロナ　　□高齢者肺炎球菌□高齢者帯状疱疹（生水痘）□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☑ | □接種費用の支給についての説明□被接種者本人の意思確認がある。□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。□接種時に依頼書（原本またはコピー）を持参する。□依頼書の送付先：□①住所　□②居住地　□③その他 |
|
| 処理者名（　　 　）※処理したら☑ | □被接種者住民基本台帳・対象年齢確認依頼先：□接種希望医療機関　　　担当課：　　　　□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□依頼書交付年月日：　　　　年　　月　　日 |
|