

県外

高齡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・带状疱疹用)

※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