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	□高齢者インフルエンザ（標準量）　□高齢者インフルエンザ（高用量） □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
申請者 （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送付先 { □本人確認書類（申請者） □居住が確認できる書類 } いずれかを添付 □③窓口（当日不可） { □本人確認書類（来庁者） □委任状（代理人の場合） }
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