

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

(あて先) 久御山町長

(〒 —)

申請者住所_____

フリガナ

氏名_____ (続柄: _____)

電話_____

下記理由により、他地において予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。

※下記の太枠の中をご記入ください。

被接種者 フリガナ 氏 名	※申請者と同じ場合のみ記入は不要です。 (□←申請者と同じ氏名の場合はこちらにチェック)		
住 所	(〒 —)	電話番号 — —	
	久御山町		
生 年 月 日	大・昭 年 月 日 (接種時 歳)		
予防接種の種類 (該当に○)	☐ 带状疱疹	☐ 高齢者用肺炎球菌 (23 価)	
	☐ 高齢者等インフルエンザ	☐ 新型コロナワクチン	
依頼先医療機関 (接種医療機関) 等 の住所・名称	(〒 —)	電話番号 — —	
当町で受けられない理由			
滞在先 (入院・入所施設) 等の住所・名称	(〒 —)	電話番号 — —	
依頼書送付先 (該当に○)	☐ 申請者住所	☐ 被接種者住所	☐ 滞在・入院等住所
備 考 (接種予定日等)	令和 年 月 日接種予定		

見 本

带状疱疹・高齢者用肺炎球菌(23価)・高齢者等インフルエンザ・新型コロナワクチン

予 防 接 種 依 頼 書 交 付 申 請 書

令和 年 月 日

(あて先) 久御山町長

(〒 —)

申請者住所

フリガナ

氏名 (続柄:)

電話

下記理由により、他地において予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。
※下記の太枠の中をご記入ください。

被接種者 フリガナ 氏 名	※申請者と同じ場合のみ記入は不要です。 (☑ ←申請者と同じ氏名の場合はこちらにチェック)				
	申請者と違う場合は記入して下さい。				
住 所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇)		電話番号 〇 7 7 4 - 4 5 - 3 9 0 6		
	久御山町 島田ミスノ 3 8 番地				
生 年 月 日	大・(昭) XX 年 XX 月 XX 日 (接種時 XX 歳)				
予防接種の種類 (該当に○)	○	带状疱疹		高齢者用肺炎球菌 (23 価)	
		高齢者等インフルエンザ		新型コロナワクチン	
依頼先医療機関 (接種医療機関) 等 の住所・名称	(〒123-4567)		電話番号 1 2 3 4 - 5 6 - 7 8 9 0		
	京都市〇〇病院 京都市 △△町 □□ XX-XX				
当町で受けられ ない理由	入所のため …等				
滞在先 (入院・入所施設) 等の住所・名称	(〒123-4567)		電話番号 0 9 8 7 - 6 5 - 4 3 2 1		
	京都市長寿老人ホーム 京都市 △△区 □□町 XX-XX				
依頼書送付先 (該当に○)	○	申請者住所		被接種者住所	滞在・入院等住所
備 考 (接種予定日等)	令和 XX年 XX月 XX日接種予定				