

# 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<br>フリガナ<br>氏 名             | ※申請者と同じ場合のみ記入は不要です。<br>(□←申請者と同じ氏名の場合はこちらにチェック) |                 |          |
| 住 所                             | (〒 — )<br>久御山町                                  | 電話番号            | — —      |
| 生 年 月 日                         | 大・昭 年 月 日 (接種時 歳)                               |                 |          |
| 予防接種の種類<br>(該当に○)               | 带状疱疹                                            | 高齢者用肺炎球菌 (20 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<br>(接種医療機関) 等<br>の住所・名称 | (〒 — )                                          | 電話番号            | — —      |
| 当町で受けられ<br>ない 理 由               |                                                 |                 |          |
| 滞在先<br>(入院・入所施設)<br>等の住所・名称     | (〒 — )                                          | 電話番号            | — —      |
| 依頼書送付先<br>(該当に○)                | 申請者住所                                           | 被接種者住所          | 滞在・入院等住所 |
| 備 考<br>(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(20 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<br>フリガナ<br>氏 名             | ※申請者と同じ場合のみ記入は不要です。<br>(☑ ←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<br>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<br>(該当に○)               | ○                                                | 带状疱疹                         |      | 高齢者用肺炎球菌 (20 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<br>(接種医療機関) 等<br>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<br>京都市 △△町 □□ XX-XX                      |                              |      |                 |
| 当町で受けられ<br>ない理由                 | 入所のため …等                                         |                              |      |                 |
| 滞在先<br>(入院・入所施設)<br>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<br>京都市 △△区 □□町 XX-XX                  |                              |      |                 |
| 依頼書送付先<br>(該当に○)                | ○                                                | 申請者住所                        |      | 被接種者住所          |
|                                 |                                                  |                              |      | 滞在・入院等住所        |
| 備 考<br>(接種予定日等)                 | 令和 XX年 XX月 XX日接種予定                               |                              |      |                 |