

予防接種実施依頼書発行申請書

(宛先)湖西市長

令和 〇年 〇 月 〇日

申請者

住 所 湖西市古見 10

窓口に申請に来た方の氏名  
等をご記入ください。

氏 名 湖西 花子

ご署名いただければ  
押印は必要あり  
ません。



(署名又は記名押印)

続 柄 妻

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり予防接種実施依頼書の発行を希望します。

|                                                                   |                                                                                                                                                                                   |                        |                |         |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------|---------|
| 住 所                                                               | 湖西市 同上                                                                                                                                                                            | 生年月日                   | S33.4.2        |         |
| フリガナ                                                              | コサイ タロウ                                                                                                                                                                           | 性別                     | 男 ・ 女          |         |
| 接種希望者名                                                            | 湖西 太郎                                                                                                                                                                             |                        |                |         |
| 接種<br>希望<br>病院                                                    | 病院名                                                                                                                                                                               | 〇〇病院                   | 病院<br>電話<br>番号 | 〇〇-〇〇〇〇 |
|                                                                   | 住 所                                                                                                                                                                               | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>浜松市〇〇〇〇〇〇 |                |         |
| 希望する予防接種<br>( <input type="checkbox"/> をつけ、()内は○で<br>囲んでください。)    | <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌ワクチン<br><input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン(生ワクチン(1回接種)・組換ワクチン(2回接種))<br><input type="checkbox"/> インフルエンザワクチン<br><input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン |                        |                |         |
| 生活保護<br>受給の有無                                                     | 有 ・ 無                                                                                                                                                                             |                        |                |         |
| 予防接種の予約                                                           | 有 ( 年 月 )<br>有の場合は、生活保護受給証明書<br>(市町村の生活保護担当課で申請)<br>を併せてご提出ください。                                                                                                                  |                        |                |         |
| 上記医療機関で<br>接種を希望する理<br>由<br>( <input type="checkbox"/> をつけてください。) | <input type="checkbox"/> 入所(施設名: )<br><input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 透析<br><input type="checkbox"/> その他( )                                               |                        |                |         |
| 書類郵送先<br>(○をつけてください)                                              | 申請者 ・ 接種希望者 ・ 施設 ・ 接種希望病院                                                                                                                                                         |                        |                |         |

市記入欄

いる  
約