

予防接種実施依頼書発行申請書

年 月 日

(宛先)湖西市長

申請者  
住 所

氏 名 (印)  
(署名又は記名押印)

続 柄  
電話番号

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                                                                                                                                                                                                           | 生年月日           |       |
| フリガナ                                                              |     |                                                                                                                                                                                                               | 性別             | 男 ・ 女 |
| 接種希望者名                                                            |     |                                                                                                                                                                                                               |                |       |
| 接種<br>希望<br>病院                                                    | 病院名 |                                                                                                                                                                                                               | 病院<br>電話<br>番号 |       |
|                                                                   | 住 所 | 〒                                                                                                                                                                                                             |                |       |
| 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 <sup>(1回接種)</sup> ・ 組換えワクチン <sup>(2回接種)</sup> )<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 日 ) ・ 無                                                                                                                                                                                               |                |       |
| 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                                                                                                                                                                                     |                |       |

ー以下、市記入欄ー

☐対象年齢確認(接種対象年齢に該当するか)

☐肺炎球菌・带状疱疹は過去未接種 or 带状疱疹を過去に受けているが医師から接種必要と判断されている

☐相互乗入 ( 有 ・ 無 ) / 契約 ( 未 ・ 済 ) / 口座登録 ( 有 ・ 無 ) ※相互乗入が無の場合に契約

☐発券番号(いずれか一方のみ記入)

相互乗入発券番号 No. \_\_\_\_\_ 契約発券番号 No. \_\_\_\_\_