

### 予防接種実施依頼書発行申請書

令和 ○年 ○月 ○日

(宛先)湖西市長

窓口に申請に来た方の氏名等をご記入ください。

申請者

住所 湖西市古見 104

ご署名いただければ押印は必要ありません。

氏名 湖西 花子



(署名又は記名押印)

続柄 妻

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 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                                                                                                                               |                                             |         |
| 接種希望病院                  | 病院名                                                                                                                                 | 病院電話番号                                      | 〇〇-〇〇〇〇 |
|                         | 住所                                                                                                                                  |                                             |         |
| 希望する予防接種<br>(☑をつけてください) | <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)<br><input type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン(組換えワクチン) |                                             |         |
| 生活保護受給の有無               | 有・無                                                                                                                                 | 有の場合は、生活保護受給証明書(市町村の生活保護担当課で申請)を併せてご提出ください。 |         |
| 予防接種の予約                 | 有 (令和 ○年 ○月 ○日) ・ 無                                                                                                                 |                                             |         |
| 上記医療機関で接種を希望する理由        | <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( ) |                                             |         |

該当するものにレ点をつけてください。

以下、市記入欄

対象年齢確認(接種対象年齢に該当するか)

市記入欄