予防接種依頼書交付申請書

申請日：　　年　　月　　日

三郷市長　あて

申請者　住所

氏名

電話番号

被接種者との続柄

下記の理由により、接種医療機関で予防接種を受けることができるよう依頼書の交付を申請いたします。

※選択項目については該当に☑を付けてください。

予防接種の種類	□高齢者インフルエンザ　□新型コロナ □高齢者肺炎球菌（満６５歳のみ） □帯状疱疹（不活化１回目）　□帯状疱疹（不活化２回目） □帯状疱疹（生ワクチン） ※帯状疱疹は年度末時点で６５、７０、７５、８０、８５、９０、９５、１００歳になるかたのみ	**予診票の有無**	有・無
フリガナ **被接種者氏名**		**生年月日**	大・昭　年　月　日 平・令　（満　歳）
被接種者住所	三郷市		
申請理由	□　下記医療機関がかかりつけのため　□　施設入所のため □　入院中のため　□　その他（　）		
医療機関名			
医療機関住所			
送付先の希望	□　①住所登録地（三郷市の住所） □　②申請者の住所 □　③滞在先の住所 □　④その他	③、④を選択したかたは、下記にご記入ください。 住所：〒 宛先：　（方書：　様方）	

※個人情報が含まれますので、申請は窓口あるいは郵送でお願いいたします。

※この申請書が市役所に届いてから、依頼書を発行するまで約１～２週間程度かかります。接種予定日まで、期間に余裕を持って申請してください。

《下記、市使用欄》

三郷市住民に対する予防接種法に基づく予防接種について（依頼）

医療機関の長　様

当市住民が貴院での上記予防接種を希望しておりますので、予防接種を実施いただきますようお願い申し上げます。

なお、予防接種による健康被害が発生した場合は、当市で対応いたします。

令和　　年　　月　　日

三郷市長　美田　宗亮

※押印がないものは無効です

受付者		受付方法	窓口・郵送	処理日	