

申請者 住所 〒 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

予防接種を受ける方との続柄

- 本人     親族     施設職員等  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

予防接種実施依頼書交付申請書（成人用肺炎球菌・带状疱疹）

東久留米市長 宛

下記の理由により、他市町村で予防接種を受けるために、依頼書の交付を願います。

記

予 防 接 種 を 受 け る 方 の 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	フリガナ
予 防 接 種 を 受 け る 方 の 住 民 票 の 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	東久留米市
生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日 ( 歳 )	
予 防 接 種 の 種 類	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌 (接種時の年齢が65歳の方が対象) <input type="checkbox"/> 带状疱疹 (本年度中(4月1日~翌3月31日まで)に 以下の年齢の誕生日を迎える方が対象 【65歳,70歳,75歳,80歳,85歳,90歳,95歳,100歳】)	
東 久 留 米 市 で 接 種 を 受 け る こ と が で き な い 理 由	理由 <input type="checkbox"/> 介護施設に入所中の為 (施設名 : _____ ) 施設住所 : 〒 _____ ) <input type="checkbox"/> 医療施設に入院中の為 <input type="checkbox"/> かかりつけ医での接種を希望するため <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
接 種 を 希 望 す る 医 療 機 関	住所 〒 _____ 名称 _____	
依 頼 書 送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者の住所へ送付 <input type="checkbox"/> 予防接種を受ける方の住民票の住所へ送付 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	