

平成 年 月 日

中野区長あて

申請者

住所 〒

氏名

被接種者との続柄  
( )

電話

( )

### 平成30年度 高齢者インフルエンザ予防接種依頼書交付申請書

下記の理由により、中野区において予防接種を受けることができないので、予防接種依頼書の交付を申請します。

|                                    |   |      |                     |
|------------------------------------|---|------|---------------------|
| 被接種者氏名                             |   | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日<br>( 歳) |
| 被接種者住所                             | 東京都中野区 丁目 番 号<br>□申請者の住所と同じ（住所が申請者と同じ時は□にチェックをしてください。）                                |      |                     |
| 予防接種の種類                            | 予防接種法第5条第1項による高齢者インフルエンザ予防接種  |      |                     |
| 中野区で接種を受けることができない理由                | 理由 □ 介護施設に入所中の為 □ 医療施設に入院中の為<br>□ かかりつけ医での接種希望 □ 親族宅に長期滞在の為<br>□ その他 ( )              |      |                     |
| 滞在先                                | 郵便番号 〒 -  |      |                     |
|                                    | 住所 都・道 市<br>府・県   |      |                     |
|                                    | 氏名又は名称等 _____<br>電話 ( )   |      |                     |
| 滞在期間                               | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで ・ 滞在中   |      |                     |
| 依頼先<br>(どちらか□にチェックをし必要事項を記入してください) | □ 接種する医療機関の住所を管轄する市町村 _____ 市・町・村 長<br>□ 接種する医療機関<br>住所 _____<br>名称 _____<br>電話 _____ |      |                     |
| 市町村の助成                             | □ 助成なし (全額自費 円)<br>□ 助成あり ( □ 全額 (自己負担金なし)<br>□ 一部 (自己負担金 円) )                        |      |                     |
| 依頼書送付先                             | □ 申請者住所へ送付 □ 滞在先へ送付<br>□ その他 ( )  |      |                     |