

中野区長あて

申請者

住所 〒

フリガナ

被接種者との続柄

氏名

()

電話

()

高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症 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	フリガナ _____	生年月日	明・大・昭 年 (月 日 歳)
被接種者住所	東京都中野区 _____ 丁目 番 号 <input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ（住所が申請者と同じ時は口にチェックをしてください。）		
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種 ※ 希望をする予防接種に✓をお願いします。		
中野区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 <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希望 <input type="checkbox"/> 親族宅に長期滞在の為 <input type="checkbox"/> その他 ()		
滞在先	郵便番号 〒 _____	住所	都・道府・県 _____ 市
	氏名又は名称等	_____	
	電話	()	
接種を希望する医療機関	住所	都・道府・県 _____	市 _____
	名称	_____	
	電話	()	
滞在期間	_____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日まで ・ 滞在中		
依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所へ送付 <input type="checkbox"/> 滞在先へ送付 <input type="checkbox"/> その他 ()		

《保健所職員記入欄》以下、担当職員が依頼先自治体に確認の上記入いたしますので、記入しないでください。

依頼先	<input type="checkbox"/> 接種する医療機関の住所を管轄する市町村 _____ 市・町・村 長 <input type="checkbox"/> 接種する医療機関
市町村の助成	<input type="checkbox"/> 助成なし（各医療機関の設定金額を全額支払い接種） <input type="checkbox"/> 助成あり (<input type="checkbox"/> 全額（自己負担金なし） <input type="checkbox"/> 一部（自己負担金 _____ 円）)