

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 □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 □ かかりつけ医での接種希望 □ 親族宅に長期滞在の為 □ 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	□ 申請者住所へ送付 □ 滞在先へ送付 □ 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	□ 接種する医療機関の住所を管轄する市町村 _____ 市・町・村 長 □ 接種する医療機関 _____
市町村の助成	□ 助成なし（各医療機関の設定金額を全額支払い接種） □ 助成あり ( □ 全額（自己負担金なし） □ 一部（自己負担金 _____ 円） )