

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 ()

高齢者用肺炎球菌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項による高齢者用肺炎球菌予防接種		
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(全額自費 _____ 円) □ 助成あり (□ 全額(自己負担金なし) _____) (□ 一部(自己負担金 _____ 円) _____)