

# 予防接種依頼書交付申請書（高齢者用）

令和 ○年 ○月 ○○日

須恵町長 殿

## 記入例

申請者は、本人または本人が自署できない場合は家族。被接種者本人の接種希望の意思の確認が必要です。  
 ※本人が施設等に入所されていて、自署できず代理になる家族もいないなど、やむを得ない場合は、施設長等（責任が負える立場の職の方）から申請してください。

申請者

ふりがな △△△△  
 氏名 ○○○○ (印)  
 住所 須恵町大字○○ ■■番地■  
 電話番号 ご連絡が取り易い電話番号をご記入ください。  
 被接種者との続柄 ○○ (例 本人、子など)

ますので、予防接種依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	ふりがな	△△△△		性別	男・女
	氏名	○○○○			
	生年月日	大正 昭和	○○年 ○月 ○○日	(○○歳)	
代理署名者 <small>(被接種者が自署できない場合)</small>	住所	・申請者と同じ 申請者と住所が異なる場合に記入してください		電話番号	(○○○) ○○○-○○○○
	氏名	私が本人の接種希望の意思を確認しました。 (署名) △△△△		続柄	(例) 子
	住所	・申請者と同じ 申請者と住所が異なる場合に記入してください		電話番号	(○○○) ○○○-○○○○
予防接種 <small>(希望するワクチンに○を記入)</small>	種類	・高齢者インフルエンザ ・高齢者用肺炎球菌			
	接種予定日	令和 ○年 ○月 ○○日			
	接種医	○○○○ ← 申請時に接種医がわかる場合に記入してください。			
医療機関	名称	○○医院		1~4のいずれかに○で囲んでください。	
	住所	○○県○○市○○■■丁目■■番■■号	電話番号	(○○○) ○○○-○○○○	
依頼理由	1. 医療機関や施設に入院又は入所しているため。 2. 須恵町以外の市区町村に長期滞在中のため。 3. 病気の主治医等による接種を希望するため。 4. その他 ( )				
依頼書送付先	1. 依頼先医療機関 2. 被接種者住所 3. 滞在先住所 ( )				

注) B類疾病(インフルエンザ・肺炎球菌)の定期接種は、接種を受ける法律上の義務はありますが、接種者の意思で接種を希望する者のみに接種を行うも

1~3のいずれかに○で囲んでください。

※郵送申請される場合は、返信用封筒の宛先と一致してください。

受付印