

## 様式第 1 号

年 月 日

申請先 熊取町長

申請者 (被接種者) 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 高齢者予防接種依頼書交付申請書

下記のとおり定期予防接種を受けることを希望しますので、予防接種依頼書の交付を申請します。

予防接種を受けるにあたっては、受け入れ市町村・実施医療機関での実施方法による接種となること、接種費用については依頼先の受入れ状況により実費徴収が必要な場合は一旦全額自己負担となることを承諾します。また、予防接種後は、予診票の写しを熊取町に提出することに同意します。

## 記

|                                  |                                                                                                                                                            |                             |                                                                                                          |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 予防接種の種類                       | 希望する予防接種に☑をお願いします。<br><input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナ                               |                             |                                                                                                          |
| 2. 理 由                           | どちらかに☑をお願いします。(2)の場合は具体的な理由を記入してください。<br><input type="checkbox"/> (1) 入院又は入所等をしており、熊取町と契約する医療機関において接種をすることができないため。<br><input type="checkbox"/> (2) その他 ( ) |                             |                                                                                                          |
| 3. 接種希望医療機関                      | 住 所                                                                                                                                                        | 〒 _____                     |                                                                                                          |
|                                  | 医療機関名                                                                                                                                                      |                             |                                                                                                          |
|                                  | 電話番号                                                                                                                                                       | ( ) _____                   |                                                                                                          |
| 4. 滞在場所                          | 住 所                                                                                                                                                        | 〒 _____                     |                                                                                                          |
|                                  | 医療機関名・施設名等                                                                                                                                                 |                             |                                                                                                          |
|                                  | 電話番号                                                                                                                                                       | ( ) _____                   |                                                                                                          |
| 5. 接種する医療機関は当該施設所在市町村に指定されていますか？ |                                                                                                                                                            |                             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                 |
| 6. 依頼書の宛名                        | <input type="checkbox"/> 接種する市町村長あて (                      市町村) <input type="checkbox"/> 接種する医療機関あて                                                        |                             |                                                                                                          |
| 7. 依頼書の送付先                       | <input type="checkbox"/> 窓口                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 郵送 | <input type="checkbox"/> 接種医療機関 <input type="checkbox"/> 滞在場所<br><input type="checkbox"/> その他 (〒 _____ ) |

設問 3.5.6.は、入所・入院施設または市町村にご確認のうえ申請してください。