

(B 類疾病用)

予防接種実施依頼書 発行申請書

※申請者の方へ…申請日及び枠の中をすべてご記入ください。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先) 各務原市長

申請者 (本人又は代理人)

住所	各務原市那加桜町 1 丁目 〇〇番地		
氏名	各務 太郎	(続柄 夫)	
電話	0 5 8 - 3 8 3 - 〇〇〇〇		

各務原市に住民票を有したまま市外の介護施設等に入所・入院しているため、各務原市指定医療機関で予防接種を受けることができません。

入所・入院先の市町村又は医療機関で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書を発行してください。接種につきましては、依頼する市町村又は医療機関の実施方法に従います。

被接種者	氏名	各務 花子	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	年 月 日	
	住所	各務原市那加桜町 1 丁目 〇〇番地			生活保護世帯該当の有無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
希望する予防接種名	高齢者肺炎球菌						

※生活保護世帯該当が「有」の場合、申請において、私の生活状況について社会福祉課での名簿閲覧に同意します。

入所・入院施設	名称	老人保健施設 △△	種別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input checked="" type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 病院 (治療入院) <input type="checkbox"/> その他 ()
	住所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7 △△県△△市△△町△丁目△番地		
	電話	0 1 2 - 3 4 5 - △△△△	担当者	△△ △△ (担当ケアマネジャー)

* 予防接種を依頼できることを確認していただき、下記をご記入ください。

医療機関名	〇〇病院	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目
医師名	〇〇 〇〇	電話	〇〇〇 - 〇〇〇

依頼書送付先	<input type="checkbox"/> 申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 施設担当者
	<input type="checkbox"/> 依頼先市町村	<input type="checkbox"/> 依頼先医療機関

【申請書提出先】 〒 5 0 4 - 0 9 1 2
岐阜県各務原市那加桜町 2 - 1 6 3
各務原市役所健康管理課
電話 : 0 5 8 - 3 8 3 - 1 1 1 5