

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。

平成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 | 058-383-〇〇〇〇 | | |

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 | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| | 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 | インフルエンザ | | | | | | |

※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 checked="" type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 病院 (治療入院) <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 住所 | 〒123-4567 △△県△△市△△町△丁目△ | | |
| | 電話 | 0123-△△-△△△△ | 担当者 | △△ △△ |

* 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 | ◇◇クリニック | 住所 | ◆◆県◆◆市◆◆町◆◆丁目◆◆ |
| 医師名 | ◇◇ ◇◇ | 電話 | ◆◆-◆◆ |

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

【申請書提出先】 〒504-0912
岐阜県各務原市那加桜町2-163
各務原市役所健康管理課
電話：058-383-1115