

定期予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

富田林市長 様

予防接種実施依頼書の交付を申請します。予防接種を受けるに当たっては、接種される市区町村・実施医療機関での実施方法による接種となること及び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に承諾します。また、予防接種後は、予診票の写しを富田林市に提出することに同意します。

予 防 接 種 名	高齢者の肺炎球菌予防接種		
住 所	富田林市 TEL () ー		
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名			
生 年 月 日	大・昭 年 月 日		
年 齢	歳 ※高齢者の肺炎球菌の定期予防接種は満65歳が対象です。 ※60歳以上65歳未満の場合、心臓、腎臓又は呼吸器の機能に自己の身の日常生活活動が極度に制限される程度の障がい有する人及びヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障がい有する人（身体障がい者手帳 1 級又は同程度）は、定期接種の対象です。		
接 種 予 定 日	年 月 日		
接 種 を 受 け よ う と す る 医 師 名 又 は 医 療 機 関 名	※老人保健施設等で施設開設者が医療法人の場合は、その法人名及び施設名		
依頼書の宛先	()市町村長 ()医療機関長 ()施設長		

※依頼書の宛先は、接種される医療機関・施設のある市町村にご確認の上、申請してください。

※以下の 内は、被接種者と申請者が異なる場合記入して下さい。

住 所	TEL () ー	
フリガナ		
氏 名		
被 接 種 者 と の 続 柄		