



西東京市長宛

# 高齢者インフルエンザ予防接種依頼書交付申請書

申請日 令和 年 月 日

申請者 氏名 西東京 太郎 (続柄 夫)

住所 西東京市〇〇町 〇-〇-〇

電話 042 (〇〇〇) 〇〇〇〇

このことについて、〇〇 都・道 府・県 区・市 町・村 △△△ において予防接種を受けたいので申請します。

予防接種を受ける方	フリガナ 氏名		(生年月日) 明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	西東京市	(電話) ( )
西東京市が指定した医療機関で予防接種を受けられない理由		<input type="checkbox"/> 施設入所のため(施設名) <input type="checkbox"/> 入院中のため <input type="checkbox"/> かかりつけ医による接種を希望 <input type="checkbox"/> その他(	該当理由の□にチェックする。 上記3つの理由に該当しない場合は、( )内に理由を記入 例：娘の家に滞在のため・・・
接種予定医療機関	名称	〇〇〇〇〇〇病院	
	住所	△△△市□□町 〇-〇-〇	(電話) 〇〇〇(△△△)□□□□

接種予定の医療機関を記入

費負担ありで受入れる ・受入れするが公費負担なし ・受入れしない

依頼書の受渡し方法 (該当項目を○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> 窓口渡し         ・ <input type="radio"/> 自宅へ郵送         ・ <input type="radio"/> 接種希望区市町村へ郵送         ・ <input type="radio"/> その他( )
--------------------------	--

交付申請に基づき、依頼書を交付するものとする。

(收受印)
(受付担当 )

決	課長	主幹	係長	担当	公	承認	押印者
裁					印		

依頼書交付日	令和 年 月 日
依頼書交付番号	2西健健第477号 一