

# 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

西 東 京 市 長 宛

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

このことについて、 \_\_\_\_\_ 都・道 \_\_\_\_\_ 区・市 \_\_\_\_\_ 府・県 \_\_\_\_\_ 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	カガナ氏名	_____	(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( _____ )	
接種予定医療機関	名称	_____	
	住所	_____	(電話) ( _____ )

相手先区市町村の受入れ確認 (該当項目を○で囲む)	<input type="checkbox"/> 公費負担ありで受入れる <input type="checkbox"/> 受入れするが公費負担なし <input type="checkbox"/> 受入れしない
---------------------------	--

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

交付申請に基づき、依頼書を交付するものとする。

(収受印)
(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