

高齢者

# 定期予防接種実施依頼書交付申請書

申請日 令和 年 月 日

西東京市長 宛

窓口に来た方 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_ )  
 (〒 \_\_\_\_\_ )  
 住所 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## 記入例

西東京市の指定医療機関以外で予防接種を受けることを希望するため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種を受けるために必要な範囲内において、この申請書に記載した事項を予防接種実施医療機関に情報提供することについて同意します。

予防接種を受ける方	フリガナ 氏名		男・女	(生年月日) 年 月 日生 ( 歳)
	住所	西東京市		(電話)
滞在先	氏名	入院、入所及び一定期間市外に居住の場合は、ご記入ください。		
	住所			
滞在予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 ごろまで			
依頼する予防接種の種類 (○で囲んだもののみ有効) ※滞在予定期間内で接種可能なものに限りま す。	<ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者帯状疱疹(生ワクチン)</li> <li>高齢者肺炎球菌</li> <li>高齢者新型コロナウイルスワクチン</li> <li>高齢者インフルエンザ</li> </ul>			
市が指定した医療機関で予 防接種を受けられない理由	1 一定期間市外に居住 2 施設入所中のため(施設名 _____ ) 3 入院中のため 4 訪問診療のため 5 疾病の事情のため(医師が作成した) _____ ) 6 その他( _____ )			
接種を希望する医療機関	名称 _____	電話 _____		
	住所 _____	該当する番号に○をしてください。		
依頼書の宛先	1 接種医療機関の院長    2 市区町村長			
依頼書の送付先	1 西東京市の住所    2 滞在先 5 その他(氏名 _____ 住所 _____)			
申請区分	1 2以外の方    2 生活保護等受給世帯の方(受給証明書等の原本を添付)			

今回依頼を希望する予防接種の種類に○をしてください。

該当する番号に○をしてください。

該当する番号に○をしてください。

該当する番号に○をしてください。

該当する番号に○をしてください。生活保護等受給世帯の方は受給証明書等の原本を添付してください。

(収受印)

交付申請に基づき、依頼書を交付

決	課長	係長	係
裁			

(受付担当)

依頼書交付日 令和 年 月 日

依頼書交付番号 西健健第 号 一