

石狩市高齢者等予防接種依頼書発行申請書

年 月 日

石狩市長 様

①申請者	住 所	〒 -
	フリガナ氏 名	※申請者が入院・入所・接種医療機関関係者の場合は、施設又は医療機関名と代表者名をご記入ください
	被接種者との関係	☐ 本人 ☐ 家族（続柄： ） ☐ 入院・入所施設関係者 ☐ その他（ ）
	電話番号	（担当： ） ※申請者が入院・入所・接種医療機関関係者の場合は、担当者名をご記入ください。

予防接種の対象者であることから接種を希望しますが、下記の理由により、石狩市の委託医療機関等において接種を受けることができないため、予防接種依頼書の発行を申請します。

②被接種者	③～⑤について同じ被接種者が複数いる場合は、氏名欄に人数を記載し、別紙「被接種者一覧」を添付することができます。			
	住 所	〒 - （住民票のある住所） 石狩市		
	氏 名		生年月日	年 月 日（ ）歳
③申請理由	該当する数字に○印をつけ、施設名又は医療機関名をご記入ください。			
	1 長期入院中のため（医療機関名： ）			
	2 施設入所中（寝たきり等で外出困難）のため（施設名： ）			
	3 在宅医療を利用しているため（医療機関名： ）			
	4 その他（ ）			
④予防接種	該当する数字に○をつけ、接種予定日をご記入ください、 ※ 接種後には申請できません。			
	種類・予定日	1 高齢者インフルエンザ （ 年 月 日予定 ）		
		2 新型コロナウイルス感染症 （ 年 月 日予定 ）		
		3 高齢者肺炎球菌感染症 （ 年 月 日予定 ）		
		4 帯状疱疹 （ 年 月 日予定 ）		
接種する医療機関	名 称			
	住 所			
⑤依頼書	依頼書は接種時に接種医療機関に渡すものです。依頼書が届いてから接種してください。			
	宛名	☐ 接種医療機関宛 ※指定がない場合は接種医療機関宛で作成いたします。 ☐ 市区町村長宛（市区町村名をご記入ください→ ）		
	送付先	☐ ①申請者宛 ☐ ②被接種者宛 ☐ その他（〒 ）		

※ 65歳未満で、厚生労働省令で定める障がいにあたる方は、その事実が確認できる書類（身体障害者手帳等）を添付してください。