

石狩市高齢者等予防接種依頼書発行申請書

令和 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が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	〒 - 石狩市		
	氏 名		生年月日	大正 昭和 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。