

定期予防接種実施依頼書交付申請書（高齢者施設等からの代理申請用）

下記申込者の接種希望を確認し、申込者本人の委任のもと、高齢者施設等の長が代理で定期予防接種実施依頼書の発行を申請いたします。

対象者が自らの意思で接種を希望していることを確認すること。対象者の意思の確認が容易でない場合は、家族またはかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認することも差し支えないが、明確に意思を確認できない場合は、接種してはならない。（定期接種実施要領）

年 月 日

被接種者氏名 (接種を受ける方の氏名)	フリガナ		性別	男・女
生年月日	年 月 日			
住所	港区			
	連絡先電話番号			
施設等代理者氏名	高齢者施設等の長が代理で申請する場合、本人の委任のもと施設長が代理者として記入			
発行の理由 (該当する□に✓を付けてください)	<input type="checkbox"/> 入院中・治療中 (病名) <input type="checkbox"/> その他 ()			
予防接種の種類 (発行を希望する予防接種の□に✓を付けてください)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者コロナワクチン <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (1回目・2回目)			
滞在先の自治体の 予防接種担当部署名	※本紙記入前に必ず連絡し、事前確認を行ってください。			
滞在先の自治体からの 予防接種費用助成の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
接種予定日・医療機関 (決まっている場合に記入) ※滞在先の自治体が指定する 医療機関でのみ接種可能です	接種(開始)予定日	年 月 日		
	実施医療機関	(名称)		
		(住所)		
			(医師名)	
実施依頼書宛名 ※滞在先の自治体にお問い合わせください	<input type="checkbox"/> 市区町村長宛 <input type="checkbox"/> 医療機関宛 <input type="checkbox"/> その他 (宛名詳細: _____様宛の依頼書を作成)			
実施依頼書送付先 ※滞在先の自治体にお問い合わせください	<input type="checkbox"/> 住所地(住民登録のある住所) <input type="checkbox"/> 滞在先 宛名: _____様方 <input type="checkbox"/> その他(滞在先の役所、医療機関など) 住所・宛名: 〒			
滞在先	〒			
	連絡先電話番号			
	滞在(予定)期間	年 月頃まで		