

(宛先) 豊中市長

# 高齢者【肺炎球菌】予防接種市外実施依頼申込書

以下の内容で「予防接種市外実施依頼書」の発行を申込みます。 (申込日) 年 月 日

受ける人の住所	〒 豊中市		
受ける人の名前	フリガナ	性別	男・女
	電話番号 (日中繋がりのやすい番号をご記入ください)		
受ける人の生年月日	年 月 日 (満 歳)		
予防接種の種類	高齢者用肺炎球菌予防接種(20価：プレバナー20)		
接種予定医療機関	名称		
	所在地	〒	
	連絡先		
申込み理由 (当てはまるものに○)	1. 被接種者のかかりつけの医療機関であるため 2. 市外滞在中のため (滞在先住所 〒 様方) (連絡先 ) 3. 施設入所中のため (施設名 ) (施設住所 〒 ) (連絡先 ) 4. 上記接種予定医療機関に入院中のため 5. その他( )		
依頼書等送付先 (当てはまるものに○)	1. 豊中市住所 2. 市外滞在先住所 3. 入所施設住所 4. 入院医療機関住所 5. その他の住所 (住所 〒 様方) (連絡先 )		

提出代行者 (提出者が受ける人と異なる場合に記入)	氏名 (施設名・事業所名等)		
	受ける人との関係	連絡先	

### 【市記載欄】

整理番号：26-

受付日	年 月 日		申込方法： 来所 ・ 電話 ・ 郵送 ・ その他
受付者	確認者	<b>【ダブルチェック(確認者が記入)】</b> <input type="checkbox"/> 氏名・住所・生年月日・医療機関名・提出先確認 <input type="checkbox"/> 満65歳か(60-64歳：手帳・診断書の添付、疾病名)確認 <input type="checkbox"/> 接種歴が無いことを確認 <input type="checkbox"/> 過去に同依頼書発行歴が無いことを確認 <input type="checkbox"/> 無料券発行済の場合は補助金申込書に✓をしたか確認 <input type="checkbox"/> 送付先住所確認	提出先 長