

令和 6

豊中市インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防接種
市外実施依頼書 申込書

(宛先) 豊中市長

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。

(市記入欄) 依頼書No.	インフル(水色)	
	コロナ(ピンク)	

◆太枠内をご記入ください

(申込日) 令和 年 月 日

必須 申込するワクチンに○→		<input type="radio"/> インフルエンザワクチンと コロナワクチン両方申込	<input type="radio"/> インフルエンザ ワクチンのみ申込	<input type="radio"/> コロナワクチン のみ申込
住所	〒 豊中市		生年 月日	明治 大正 年 月 日 昭和 満 () 歳
フリガナ			電話 番号	- -
氏名				
接種予定 医療機関	接種する ワクチン	インフルエンザワクチン		コロナワクチン ※インフルエンザワクチンと同じ場合は記載不要
	医療機関 名			
	医療機関 住所			
	TEL			
申込み 理由 (1~5の当 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 TEL : 3. 施設入所中のため 施設名 : 施設住所: 〒 TEL : 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 (1~5の当 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: 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	TEL	

【市記載欄】

発行日	インフル	令和 年 月 日	申込 方法	来所・電話・郵送
	コロナ	令和 年 月 日	補助金申込書送付	済・不要
受付者	【ダブルチェック(確認者が記入)】 □氏名,住所,生年月日,医療機関名,提出先確認済 □65歳以上か(60-64歳:手帳の添付,疾病名)確認済 □今年度に同依頼書発行履歴が無いことを確認済 □今回の発行履歴のログ入力を確認済(□イ/□コ)		【備考】	【提出先】インフル 長
確認者	□ワクチン名と依頼書の色を確認済 (インフル:水色/コロナ:ピンク) □送付先住所・宛名確認済 □送付書,各証明書全ての書類が同一人物か確認済			【提出先】コロナ □インフルと同じ □インフルと異なる 長