

令和8

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

全員必須 申込するワクチンに○→		☐ インフルエンザワクチンと コロナワクチン両方申込	☐ インフルエンザ ワクチンのみ申込	☐ コロナワクチン のみ申込
住所	〒 豊中市		生年 月日	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		新型コロナワクチン ※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: 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		TEL	

【以下豊中市記入欄】(記入しないでください)

管理番号: 26-

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) □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) □無料券発行済の場合は補助金申込書に✓をしたか確認 □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			【備考】	
確認者				【提出先】インフル	
				長	
				【提出先】コロナ □インフルと同じ □インフルと異なる 長	