

令和8

豊中市【帯状疱疹】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.

1回目

2回目

◆太枠内をご記入ください

申込日

令和

年

月

日

全員必須

希望する

ワクチン名に○→

生ワクチン
(ビケン:1回接種)組換えワクチン
(シングリックス:2回接種)

未定

【注意】生ワクチンは、免疫不全者及び治療(副腎皮質ステロイド剤、免疫抑制剤、抗リウマチ剤、抗悪性腫瘍剤等)により免疫抑制状態の人は接種できません。

住所	〒 豊中市	生年月日	大正 昭和 満()歳
フリガナ		電話番号	— —
氏名			
接種予定医療機関	名称 所在地 連絡先		
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: 〒 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:	様方 様方

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)

発行日	令和 年 月 日	整理番号	26-
申込方法	窓口 ・ 電話 ・ 郵送	【提出先】	
受付者	【ダブルチェック(確認者が記入)】 <input type="checkbox"/> 氏名,住所,生年月日,医療機関名,提出先確認 <input type="checkbox"/> 対象の生年月日か確認(満60-64歳:手帳1級or診断書、疾病名、組換えワクチンを選択しているかを確認) <input type="checkbox"/> ログで発行履歴の入力を確認(生1回分、組換え・未定2回分) <input type="checkbox"/> 依頼書の枚数を確認(生1枚、組換え・未定2枚)	【備考欄】	長
確認者	<input type="checkbox"/> 依頼書の色(灰色)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・宛名確認 <input type="checkbox"/> 送付書、各証明書、接種券、全ての書類が同一人物か確認		