

様式第1号(第7条関係)

藤井寺市高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種実施依頼書発行申請書
(本人・家族用)

年 月 日

藤井寺市長 様

藤井寺市で実施する予防接種を指定医療機関で接種することが困難なため、下記のとおり、予防接種実施依頼書の発行を申請します。

記

申請者	住所	〒 ー		
	氏名		予防接種を受ける者との続柄	
	電話番号			
予防接種を受ける者の氏名	(ふりがな)		生年月日	年 月 日
住所	藤井寺市			
受けようとする予防接種 (○をしてください。)		インフルエンザ		
		新型コロナウイルス感染症		
理由 (番号に○をつけ、名称と所在地も記載してください。)	1. 特殊な疾病を有し、指定医療機関での接種ができないため			
	2. 医療機関への入院により、市外に長期滞在しているため			
	医療機関名			
	所在地			
	3. 施設への入所により、市外に長期滞在しているため			
	施設の種類	1. 特別養護老人ホーム 2. 介護老人保健施設 3. 介護医療院 4. その他(有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等)		
	施設名			
所在地				
4. その他 ()				
予防接種実施医療機関 (理由2の入院病院と同じ場合のみ省略可)	医療機関名			
	所在地			
書類送付先 (番号に○をつけてください。)	1. 申込者の住所 2. 入院先・入所先 3. 予防接種実施医療機関 4. その他の場合は以下に記入 〒 ー		償還払い対象で、左記以外に償還払い申請書を送付希望の方は、以下にご記入ください。 〒 ー 住所： 氏名： 予防接種を受ける者との続柄	

※ 予防接種実施依頼書は、大阪府内の介護保険施設に入所中の場合は市町村長宛に、それ以外の場合は予防接種実施医療機関宛に発行します。