

様式第2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
(施設用)

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お願いします。

記

申請者	住所	〒 -		
	施設名			
	担当者名		電話番号	
(ふりがな) 被接種者名	受けようとする予防接種 (○をしてください。)		生年月日	住 所
	インフルエンザ	新型コロナウイルス感染症		
			年 月 日	藤井寺市
			年 月 日	藤井寺市
			年 月 日	藤井寺市
			年 月 日	藤井寺市
			年 月 日	藤井寺市
理 由	1. 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)		
	2. その他 ()			
予 防 接 種 実 施 医 療 機 関	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		※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。 〒 - 住所： 氏名：	
	2. その他の場合は以下に記入 〒 -			

※ 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。