

予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

四條畷市長 あて

申請者 住所
氏名
(被接種者との続柄)
電話

四條畷市が実施する予防接種法に基づく予防接種を、下記のとおり他市区町村で受けたいため、予防接種実施依頼書の交付を申請します。また、自己負担金免除の該当者であるかの審査について同意いたします。

被 接 種 者	住 所	四條畷市	
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 (歳)	
他市で接種する理由 (あてはまるものに ☒ 及び記入)		☐ 先天性疾患、慢性疾患、難病等の身体的事情により主治医の判断が必要 入院または通院 (医療機関名) ☐ 施設入所中 (施設名) ☐ 市外医療機関でしか接種できない、やむを得ない理由 ()	
滞在先住所 (または依頼書送付先)		〒 (様方)	
接種医療機関名 及び所在地		医療機関名 所在地 〒	
予 防 接 種 の 種類 (希望する 接種項目に○をつけ てください)		高齢者インフルエンザ ※自己負担金免除者は ☒	☐ 身体障がい者手帳 1・2 級 ☐ 療育手帳 A ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 1 級 ☐ 生活保護世帯
		高齢者新型コロナウイルス感染症 ※自己負担金免除者は ☒	☐ 身体障がい者手帳 1・2 級 ☐ 療育手帳 A ☐ 精神障がい者保健福祉手帳 1 級 ☐ 生活保護世帯