## 四條畷市高齢者インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症 予防接種実施依頼書交付申請書

四條畷市長	<b>歩</b> て				令和	年	月	日
四除吸川以	$\alpha$ ) $\subset$							
		申請者	住所					
			氏名					
				(被接種	重者との終	<b>売柄</b>		)
			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	住	所	四條畷市						
接	安 フリガナ								
種	氏	名							
者	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 <b>②</b> 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						
		る	入院または通院(医療機関名)						
			□施設入所中(施設名 )						
		らのに	□市外医療機関でしか接種できない、やむを得ない理由						
			)						
依頼書送付先		先	〒						
(申請者住所と違う場合)		う場合)	( 様方)						
接種医療機関名		関名	医療機関名						
及び所在地		也	所在地 〒						
予防接種の 種類 (希望す る接種項目 に〇をつけ てください)			高齢者インフルエンザ	□身体障がい者引	手帳1・2級	□療育手帳A			
			※自己負担金免除者は☑	□精神障がい者の	录健福祉手帳1級	□生活保護世帯			
			高齢者新型コロナウイル	□身体障がい者目	手帳1・2級	□療育手帳A			
	ださい)		ス感染症	□精神障がい者例	录健福祉手帳1級	□生活保護世帯			
			※自己負担金免除者は☑						