年　　　月　　　日

柏市定期予防接種依頼書交付申請書（Ｂ類）

柏市長　あて

　〒

住所

　　　申請者　　氏名

接種を受ける人との続柄

電話番号

次のとおり，千葉県外で定期予防接種を受けたいので，接種依頼書の交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種の種類 | □　高齢者肺炎球菌　　□　高齢者インフルエンザ |

**高齢者肺炎球菌予防接種は，過去に接種歴のある方への依頼書の交付はできません。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種を受ける人 | 住　所 | 柏市 | |
| ふりがな |  | |
| 氏　名 |  | |
| 生年月日 | 明治 ・大正 ・ 昭和　　 　 年 月 日 | |
| 電話番号 |  | |
| 申請理由 | | １　入院中のため　　　　　　　病名（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 医療機関名 | |
| 所在地 | |
| ２　施設入所中のため　　　　施設名（　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話） | |
| ３　次の４障害の内部機能障害１級により通院中，主治医の指示により | |
| 〈心臓機能障害，じん臓機能障害，呼吸器機能障害，免疫の機能障害〉 | |
| 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　（電話） | |
| ４　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　の理由により他市区町村に長期滞在中のため | |
| 滞在先住所 | | 〒  （　　　　　様方） | （依頼書送付先） |
| 申請者住所　・　滞在先 |
| 依頼先  （電話番号） | | （　　　　－　　　　　－　　　　　） | |

市処理欄