

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	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌※	<input type="checkbox"/> 带状疱疹※
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 新型コロナ

※ 高齢者肺炎球菌及び带状疱疹予防接種は過去に接種歴がある場合、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	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	〒	(依頼書送付先)			
		(申請者住所 ・ 滞在先 様方)			
依頼先 (電話番号)	(- -)				

市 処 理 欄