

記入例

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

〒277-0004

申請者が本人または同一世帯以外の方の場合、本人の委任状が必要です

申請者

住所 柏市柏下65-1
 氏名 柏太郎
 接種を受ける人との続柄 本人
 電話番号 04-7128-8166

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 checked="" 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 柏下65-1		
	ふりがな	かしわ たろう		
	氏名	柏太郎		
	生年月日	大正	昭和	15年 4月 1日
	電話番号	※日中連絡の取りやすい番号をご記入ください		
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 (〇〇老人ホーム)		
	所在地 〇〇県〇〇市〇〇 (電話) 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
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	〒 上記と同じ場合は記入不要 (様方)	(依頼書送付先)		
		申請者住所 ・ 滞在先		
依頼先 (電話番号)	〇〇病院 または 〇〇市長 (〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)			

依頼先（医療機関または市区町村長宛てのどちらか）を滞在先の市区町村予防接種担当（窓口）に確認のうえ、ご記入ください

市処理欄