

予防接種依頼書交付申請書（施設用）

年 月 日

四條畷市長 宛

申請者 施設名

所在地

電 話

代表者

⑩

当施設に入所・入院中の下記の四條畷市民について、予防接種法に基づく予防接種を希望されているため、依頼書を交付していただきますよう申請します。また、一部負担金免除者に該当される四條畷市民におきましては、対象であるかの審査に同意を頂いております。

記

1. 接種予定日 令和 年 月 日

2. 実施場所

(所在地)

3. 希望する接種項目 高齢者肺炎球菌 ・ 高齢者インフルエンザ ・ 新型コロナ

(いずれかに○印)

4. 依頼書送付先・担当者名

5. 接種希望者

別添のとおり

氏 名	住 所	生年月日 (和暦)	接種医療機関名 (所在地)	一部負担金免除者 (免除項目) <small>※自己負担免除者は下記項目にレ点を記入</small>
	四條畷市	年 月 日		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 1 級・2 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 1 級 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	四條畷市	年 月 日		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 1 級・2 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 1 級 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	四條畷市	年 月 日		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 1 級・2 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 1 級 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	四條畷市	年 月 日		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 1 級・2 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 1 級 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯
	四條畷市	年 月 日		<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 1 級・2 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 A <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 1 級 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯

多数の場合は別紙を添付してください。

施設名 : _____

ご担当者 : _____