

# 高齢者肺炎球菌予防接種依頼書交付申請書

申請年月日	令和 年 月 日		
申請者名	本人でない場合は続柄( )		
住所	〒	都道 府県	
連絡できる電話番号	( )	携帯	- -

下記により予防接種依頼書の交付を受けたいので申請いたします。

被接種者 (予防接種を受ける人)	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 生
住所	品川区	丁目	番	号
予防接種種類	高齢者肺炎球菌予防接種			
接種する期間	令和	年	月 日	～ 令和4年 3月 31日
申請理由  ※申請理由を☑してください	<input type="checkbox"/> 入院・入所中のため(施設名・住所) 〒 (病院・施設名)			様方
	<input type="checkbox"/> その他(事情は具体的にお書きください)			
※身体的に移動できない状況の方のための制度です。仕事の都合や帰省、家族の介護などの理由では申請できません。				

**太枠内の項目は、病院・施設等が所在する自治体の予防接種担当部署に確認してください。**

依頼書送付先 ①  ※送付先を☑してください	<input type="checkbox"/> 入院・入所場所へ <input type="checkbox"/> 自治体・保健所・病院 等へ(下に住所を記入) 〒 TEL ( )	<input type="checkbox"/> 申請者住所へ <input type="checkbox"/> その他(下に住所を記入)	様方
	接種費用 ②	<input type="checkbox"/> 相手自治体住民と同等負担( )円 <input type="checkbox"/> 全額本人負担	
依頼先 ③  ※医療機関長、市町村長・保健所長など	(例)「〇〇病院 院長」、「〇〇市長」など ※病院・施設等が所在する自治体が介入しない場合は、「〇〇病院 院長」と医療機関名をご記入ください。		

**【提出先】**

〒140-8715 品川区広町2-1-36  
 品川区役所 保健予防課 予防接種担当  
 電話 03-5742-9152