

施設入所等の理由により23区外で接種を受ける方のみご提出ください

高齢者インフルエンザ・**新型コロナ** 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	大正・昭和 年 月 日生
住所	品川区 丁目 番 号	
接種を受ける ワクチン	接種を受けるワクチンを <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> インフルエンザ 申請年月日から令和7年1月31日まで <input type="checkbox"/> 新型コロナ 申請年月日から令和7年3月31日まで	
申請理由 ※申請理由を <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 入院・入所中のため(施設名・住所) 〒 様方	
	(病院・施設名)	
	<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。自己都合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。

①依頼書送付先 ※送付先を <input checked="" type="checkbox"/> してください	<input type="checkbox"/> 入院・入所場所へ <input type="checkbox"/> 申請者住所へ <input type="checkbox"/> 自治体・保健所・病院 等へ(下に住所を記入) <input type="checkbox"/> その他(下に住所を記入) 〒 様方 TEL ()
②接種費用	<input type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 相手自治体住民と同額負担(インフル____円 コロナ____円)
③依頼先	(例)「〇〇病院」、「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」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
品川区保健予防課 予防接種担当 あて

品川区電子申請サービスからもお手続きできます。



電子申請はこちら

