

高齢者インフルエンザ予防接種依頼書交付申請書

申請年月日	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	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	高齢者インフルエンザ予防接種			
接種する期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
申請理由 <small>※申請理由をチェックして下さい</small>	<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。仕事の都合や帰省などの理由では申請できません。			
依頼書送付先 ① <small>※送付先をチェックして下さい</small>	<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) 〒 様方 Tel ()		<input type="checkbox"/> その他(下に住所を記入)	
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 <small>※市町村長・保健所長・予防接種を実施する病院長など</small>				

太枠内の項目は、相手自治体の予防接種担当に電話などで確認し、記入してください

【提出先】

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