令和　　　年　　　月　　　日

高齢者インフルエンザ予防接種依頼申請書

　京丹後市長　様

〒

申 請 者

住　　所

氏　　名

（被接種者との続柄：　　　　　）

電話番号

　下記のとおり、高齢者インフルエンザ予防接種を京都府広域予防接種協力医療機関以外で接種したいので、当該医療機関への接種依頼について申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　　所 | 京都府京丹後市 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 大正 ・ 昭和　　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 理　　由 | □　老人保健施設等へ入所中のため□　病院へ入院中のため□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 滞 在 先 | 住　　所 | 〒 |
| 氏　　名 |  |
| 接種を希望する医療機関 | ※接種を希望する医療機関が未定の場合は、市町村名をご記入ください。 |
| 書類の送付先 | * 申請者の住所
* 被接種者の住所
* 滞在先の住所
 |