

課長	課長代理	係長	担当

～他市医療機関での～

受付 No. _____

定期予防接種依頼書交付申請書

交野市長 様

下記理由により、交野市での予防接種を受けることができませんので、他市での接種を希望します。つきましては、予防接種依頼書の交付をお願いします。

年 月 日

ふりがな	
接種者氏名	
生年月日・年齢	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
住所・電話番号	交野市 Tel () -
予防接種名	高齢者インフルエンザ ・ 高齢者肺炎球菌
接種先医療機関名 住所・電話番号	() Tel () -
理由	

依頼書送付先：被接種者自宅・代理者自宅・接種医療機関・その他 ()

代理申請の場合、以下もご記入ください。

代理者 _____

住所 _____

電話 _____

被接種者との続柄 _____

[受付者]

身体障害者手帳(60～64歳)	
無	有(写し添付)

依頼書宛先名	
市町村長 宛	病院長 宛

償還払い	
無	有