

B類疾病定期予防接種実施依頼書

(あて先)津市長

定期予防接種を県外で受けたいので下記のことを理解したうえで申請します。  
◎津市の定期予防接種として扱い、健康被害が生じた場合は津市が責任を持って対処します。  
◎この予防接種に関して津市の費用助成はありません。  
◎本申請書の情報を予防接種事業に使用することに同意します。

申請者令和 年 月 日

住所(住民票のあるところ)(施設職員が代理で申請する場合は施設の住所)

〒津市

氏名(続柄)電話番号( )

※日中、連絡のつきやすい番号を記入して下さい。

◎県外で希望する予防接種名をすべて○で囲んでください。※本年度内に接種できるものに限りします。

|                                                            |                                     |      |                            |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------|----------------------------|
| 高齢者インフルエンザ ・ 高齢者新型コロナウイルス感染症 ・ 高齢者肺炎球菌感染症<br>帯状疱疹 ・ その他[ ] |                                     |      |                            |
| フリガナ<br>該当者氏名                                              | 男・女                                 | 生年月日 | 明治・大正・昭和 年 月 日<br>( 歳 か月 ) |
| 該当者住所<br>(住民票)                                             | ◎申請者の住所と同様の場合は記載の必要はありません。          |      |                            |
| 滞在先住所                                                      | 〒 ( 様方)<br>電話番号                     |      |                            |
| 接種予定日                                                      | ◎手続きに2週間程度要しますので、その期間を考慮して記載してください。 |      |                            |
| 医療機関(施設)名                                                  | 名称<br>所在地 〒<br>電話番号                 |      |                            |
| 津市で受けられない理由                                                |                                     |      |                            |

\* 管理担当処理欄

- ☐ 依頼先への確認・連絡
- ☐ 依頼書の宛名(滞在先の市町村長(保健所長)・医療機関長)
- ☐ 依頼書の送付先(滞在先の市町村・医療機関・申請者)
- ☐ 費用負担(自己負担・滞在先の市町村負担・滞在先の市町村一部負担)
- ☐ 依頼書発行後の申請者への連絡(滞在先の市町村・医療機関・津市)
- ☐ 接種方法(個別・集団)

管理担当( )

保健センター受付印

受付者( HC )