

吹田市定期予防接種実施依頼書交付申請書（高齢者肺炎球菌・高齢者インフルエンザ用）

令和 年 月 日

吹 田 市 長 あて

〒 ー

申請者 住所（施設住所）
 氏名 または
 施設名（担当者名）
 電話番号
 被接種者との関係

次のとおり吹田市以外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

被 接 種 者	氏名	フリガナ	
		男 ・ 女	
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 （ 満 歳 ）
	接種時住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ 吹田市	
予防接種の種類 (希望するものに○をつけてください)		高齢者肺炎球菌 ・ 高齢者インフルエンザ	
他市等で 接種する理由		1. かかりつけ医療機関が市外にあるため 2. 市外施設に入所中のため 3. 市外に長期滞在中のため 4. その他 ()	
接種する市町村		接種する 医療機関 (施設名)	<input type="checkbox"/> 宛先が医療機関長宛の場合はチェックしてください
一部負担金免除※1 申請書提出の有無		<input type="checkbox"/> 一部負担金免除の対象外です <input type="checkbox"/> 一部負担金免除の対象です (対象の方は以下にチェックをしてください) [<input type="checkbox"/> 無料の予診票が届いています (一部負担金免除申請書※2の提出は不要です) <input type="checkbox"/> 無料の予診票は届いていません (届いていない方は以下にチェックをしてください) ➡ 「一部負担金免除申請書※2」を <input type="checkbox"/> 提出します <input type="checkbox"/> 提出しません	
送付先住所		依頼書送付先 <input type="checkbox"/> 被接種者の住所 <input type="checkbox"/> 申請者 (施設) の住所 <input type="checkbox"/> その他 (以下に記載してください) 住所：〒	

◎この申請は、予防接種の接種前の申請のみ有効です。接種後の申請はできません。

※1 一部負担金免除の対象者は、市民税非課税世帯・生活保護世帯・中国残留邦人等支援給付受給世帯です。

※2 一部負担金免除申請書は、吹田市ホームページに掲載しているほか、地域保健課、市内協力医療機関、地域包括支援センターに設置しています。