

高齢者インフルエンザ・高齢者のコロナウイルスおよび高齢者の肺炎球菌感染症予防接種依頼書発行申込書

(インフルエンザ・コロナウイルス・肺炎球菌) 予防接種依頼書の発行を申請します。また、向日市が依頼書を発行する際に住民基本台帳を確認することに同意します。

申請日		令和 年 月	申請される方についてご記入ください
申請者	氏名		*被接種者との続柄
	住所		例：長男、長女
	電話番号		該当する項目にチェックをしてください

*申請者が、本人又は家族以外である場合は委任状(本人自筆)が必要です。

被接種者	接種意思の確認	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種を希望する <input type="checkbox"/> コロナウイルス予防接種を希望する <input type="checkbox"/> 肺炎球菌予防接種を希望する
	接種歴の確認	<input type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種を今年度はまだ受けていない <input type="checkbox"/> コロナウイルス予防接種を今年度はまだ受けていない <input type="checkbox"/> 過去に高齢者肺炎球菌感染症予防接種(23価肺炎球菌ポリサッカライドワクチン)を受けていない
	ふりがな氏名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
	住所	向日市 町
依頼先	市町村名	接種を希望される市町村名および医療機関名をご記入ください
	接種予定医療機関名	名称： _____ 住所： _____ 依頼書は、原則、申請者または被接種者の住所に送付します
送付先住所・宛先〔連絡先〕	〒 _____	〔電話〕 _____ 病院や施設等に入所中に該当する場合は、施設名をご記入ください
他地域で接種を受ける理由	<input type="checkbox"/> 病院で入院治療中(病院名： _____) <input type="checkbox"/> 老人保健施設等に入所中(施設名： _____) <input type="checkbox"/> 遠隔地に在住(滞在地： _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	

<市処置費>

点線以下は、記入不要

忍

<input type="checkbox"/> 60~64歳 身障手帳1級(腎・心・他 _____)			
<input type="checkbox"/> 65歳以上 健康保険証・介護保険証・他(_____)			