

第2号様式（第4条第1項第2号）

高齢者予防接種実施依頼書交付申請書

申請日 年 月 日

習志野市長 宛て

下記の理由により、習志野市以外で予防接種を受けたいので依頼書の交付を申請します。

|              |   |  |          |
|--------------|---|--|----------|
| 申請者住所        |   |  |          |
|              | 電話番号 ( )  |  |          |
| 申請者氏名        |   |  | 被接種者との続柄 |
|              |   |  |          |
| 接種を受ける人の住所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と異なるとき<br>習志野市   |  |          |
| 接種を受ける人の氏名   |   |  | 性別 男・女   |
| 接種を受ける人の生年月日 | 年 月 日生 (満 歳)  |  |          |
| 滞在先住所        | 〒<br>電話 ( )   |  |          |
| 申請事由         |   |  |          |
| 希望する予防接種     | <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症<br><input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹                            |  |          |
| 依頼書の宛名       | <input type="checkbox"/> 医療機関院長宛〔病院名〕<br><input type="checkbox"/> 施設長宛〔施設名〕<br><input type="checkbox"/> 市区町村長宛〔市区町村名〕   |  |          |
| 依頼書の送付先      | 送付先に☑<br><input type="checkbox"/> 申請者住所<br><input type="checkbox"/> 接種を受ける人の住所<br><input type="checkbox"/> 滞在先住所<br><input type="checkbox"/> その他（以下に記載ください）<br>(〒 ) |  |          |

第2号様式（第4条第1項第2号）

高齢者予防接種実施依頼書交付申請書

記入例

申請日 20●● 年 ● 月 ● 日

習志野市長 宛て

下記の理由により、習志野市以外で予防接種を受けたいので依頼書の交付を申請します。

|              |  |   |
|--------------|--|---|
| 申請者住所        | 習志野市鷺沼1-△-△  |   |
|              | 電話番号   | 047 ( △△△ ) △△△△  |
| 申請者氏名        | 習志野 花子   | 被接種者との続柄<br>長女  |
|              | 接種を受ける人の住所<br><input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input checked="" type="checkbox"/> 申請者と異なるとき<br>習志野市 津田沼5-△-△  |   |
| 接種を受ける人の氏名   | 習志野 太郎   | 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |
| 接種を受ける人の生年月日 | 19×× 年 ○ 月 ○ 日生 ( 満 ● 歳 )  |   |
| 滞在先住所        | 〒 154-××××<br>東京都世田谷区○○1-1-1 (施設名や●●様方まで記載)  |   |
|              | 電話   | 03 ( 1234 ) 5678  |
| 申請事由         | 施設入居中のため   |   |
| 希望する予防接種     | <input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症<br><input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹   |   |
| 依頼書の宛名       | <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関院長宛 [病院名 ○○クリニック ]<br><input type="checkbox"/> 施設長宛 [施設名 ]<br><input type="checkbox"/> 市区町村長宛 [市区町村名 ]   |   |
| 依頼書の送付先      | 送付先に <input checked="" type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> 申請者住所<br><input type="checkbox"/> 接種を受ける人の住所<br><input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所<br><input type="checkbox"/> その他 (以下に記載ください)<br>(〒 ) |   |