

本人が申請する場合

高齢者インフルエンザ予防接種の市町間相互乗入れ実施申請書

令和 〇 年 〇 月 〇 日

伊豆の国市長 様

住 所 伊豆の国市四日町 302-1

氏 名 伊豆の国 花子

申請者 生年月日 昭和〇年 〇月 〇日(65 歳)

接種希望者から見た続柄 (本人)

電話番号 055-949-0000

※申請者が施設長の場合、生年月日は不要です

下記の理由により、予防接種を受けるため市町間相互乗り入れを申請します。

被 接 種 者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	(ふりがな) 氏 名		電話番号	
	住 所	伊豆の国市		
	生年月日	年 月 日 (歳)	性 別	男 ・ 女
予防接種を依頼 する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医が旧田方郡外であるため <input type="checkbox"/> 施設入所しているため <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望する医療機関	医療機関名	〇〇〇〇〇クリニック		
	所在地	沼津市〇〇〇〇123-45		
	電話番号	055-〇〇〇-〇〇〇〇		
希望する 予防接種名	インフルエンザ予防接種			
依頼書の受取を郵 送で希望する場合 の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 被接種者			

本人以外の代理申請の場合

高齢者インフルエンザ予防接種の市町間相互乗入れ実施申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

伊豆の国市長 様

住 所 三島市○○○123-456

氏 名 健康 花子

申請者 生年月日 昭和○年 ○月 ○日(30 歳)

接種希望者から見た続柄 (娘)

電話番号 055-○○○-○○○○

※申請者が施設長の場合、生年月日は不要です

下記の理由により、予防接種を受けるため市町間相互乗り入れを申請します。

被 接 種 者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	(ふりがな)	いずのくに たろう	電話番号	055-949
	氏 名	伊豆の国 太郎		-○○○○
	住 所	伊豆の国市 四日町 302-1		
	生年月日	昭和○年 ○月 ○日(65 歳)	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
予防接種を依頼する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 主治医が旧田方郡外であるため <input type="checkbox"/> 施設入所しているため <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望する医療機関	医療機関名	○○○○○クリニック		
	所在地	沼津市○○○○123-45		
	電話番号	055-○○○-○○○○		
希望する予防接種名	インフルエンザ予防接種			
依頼書の受取を郵送で希望する場合の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 被接種者 } 郵送希望の場合、どちらかを選択してください。			

本人以外の代理申請の場合(施設入所者の場合)

高齢者インフルエンザ予防接種の市町間相互乗入れ実施申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

伊豆の国市長 様

住 所 三島市○○○123-456

氏 名 ○○○○施設
施設長 ○○ ○○○

申請者 生年月日

接種希望者から見た続柄 (施設長)

電話番号 055-○○○-○○○○

※申請者が施設長の場合、生年月日は不要です

下記の理由により、予防接種を受けるため市町間相互乗り入れを申請します。

被 接 種 者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	(ふりがな)	いずのくに たろう	
	氏 名	伊豆の国 太郎	電話番号 055-949 -○○○○
	住 所	伊豆の国市 四日町 302-1	
	生年月日	昭和○年 ○月 ○日(65 歳)	性 別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
予防接種を依頼 する理由	<input type="checkbox"/> 主治医が旧田方郡外であるため <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所しているため <input type="checkbox"/> その他 ()		
希望する医療機関	医療機関名	○○○○○クリニック	
	所在地	沼津市○○○○123-45	
	電話番号	055-○○○-○○○○	
希望する 予防接種名	インフルエンザ予防接種		
依頼書の受取を郵 送で希望する場合 の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者 } 郵送希望の場合、どちらかを選択してください。 <input type="checkbox"/> 被接種者 }		