

柏市定期予防接種依頼書交付申請書（B類）

柏市長 あて

〒277-0004

申請者が本人または
同一世帯以外の方の場合、
本人の委任状が必要です

申請者

住所 柏市柏下65-1
氏名 柏 太郎
接種を受ける人との続柄 本人
電話番号 04-7167-1256

次のとおり、千葉県外で定期予防接種を受けたいので、接種依頼書の交付を申請します。

予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ
---------	----------------------------------	--

高齢者肺炎球菌予防接種は、過去に接種歴のある方への依頼書の交付はできません。

接種を受ける人	住所	柏市 柏下65-1	
	ふりがな	かしわ たろう	
	氏名	柏 太郎	
	生年月日	明治・大正	昭和 15年 4月 1日
	電話番号	※日中連絡の取りやすい番号をご記入ください。	
申請理由	1 入院中のため	病名 ()	
		医療機関名	
		所在地	
	2 施設入所中のため	施設名 (○○○○○)	
	所在地 ○○県○○市○○ (電話) ○○-○○○○-○○○○		
3 次の4障害の内部機能障害1級により通院中、主治医の指示により	〈心臓機能障害, じん臓機能障害, 呼吸器機能障害, 免疫の機能障害〉		
	医療機関名 (電話)		
4 ()	の理由により他市区町村に長期滞在中のため		
滞在先住所	〒	上記と同じ場合は記入しない	(依頼書送付先)
		(様方)	申請者住所 ・ 滞在先
依頼先 (電話番号)	○○病院 Or (○○-○○○○-○○○○) ○○市長		

「医療機関あて」か「市区町村長あて」
かを滞在先の市区町村予防接種担当（窓口）
に確認のうえ、ご記入ください

市処理欄