

松戸市高齢者の肺炎球菌感染症予防接種 依頼書交付申請書

年 月 日

申請者	住所 〒
	氏名
	接種を受ける人との続柄
	電話番号(ご連絡の取れる番号) ()

(あて先) 松戸市長

松戸市で実施する予防接種を下記理由により受けることができませんので、指定外の医療機関で接種が受けられるよう依頼書の交付を申請いたします。

記

接種を受ける人	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	昭和 年 月 日(満 歳)
	住所 電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合 〒 電話 ()		
接種日当日、満65歳の方が対象です。				<input type="checkbox"/> はい
過去に肺炎球菌ワクチンを接種した方は対象外です。				<input type="checkbox"/> はい
申請理由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 親族等の家に長期滞在中 <input type="checkbox"/> 入院入所中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
接種を受ける市区町村及び病院名	都道府県	市区町村	クリニック 医院 病院	
滞在先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 〒 () 様方 電話 ()			
返信用封筒	<input type="checkbox"/> 84円切手を貼付しました。 ※2024年秋以降、郵便料が変更される予定です。 変更後は所定の料金分の切手を貼付してください。			