

松戸市高齢者の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 ()

(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	明治・大正・昭和 年 月 日
	住 所 電話番号	☐ 申請者と同じ ☐ 申請者以外の場合 〒 電話番号 ()		
予 防 接 種 名		高齢者インフルエンザ予防接種		
申 請 理 由		☐ 入院入所中 ☐ 下記住所に長期滞在中 ☐ かかりつけ医 ☐ その他 ()		
接 種 を 受 け る 市 区 町 村 名 及 び 病 院 名		都・道・府・県 市・区・町・村 クリニック 医院 病院 ※施設等での接種は、 <u>接種医の所属医療機関名</u> を記入してください		
滞 在 先		〒 (様方) 電話番号 ()		
依 頼 書 の 送 付 先		☐ 現住所（住民票のある所） ☐ 滞在先の住所 ☐ （接種を受ける人が申請者以外の場合）申請者の住所 ☐ その他の住所 〒		
還 付 申 請 書 の 送 付 先		☐ 依頼書の送付先と同じ ☐ 別の送付先を希望 〒		
返 信 用 封 筒		☐ 返信用封筒に必要な分の切手を貼付しました ※依頼書と還付申請書の送付先が異なる場合は、各返信用封筒が必要です		