高齢者定期予防接種依頼書発行申請書

※太枠内をご記入下さい。（署名以外は代筆可）

申請者 （本人または家族）	（住所）		
	（氏名）　　（続柄：　　）		
ふりがな		被接種者の生年月日	大正　　年　　月　　日 昭和 （満　　歳）
被接種者名			
被接種者住所	粕屋町　　☐ 同上		
連絡先電話番号	（ 本人 ・ 申請者 ）		
接種するワクチン	☐ インフルエンザ　☐ 新型コロナワクチン ☐ 肺炎球菌　※接種歴が曖昧な場合はかかりつけ医等に確認しましょう。 ⇒過去に肺炎球菌予防接種を受けたことが （ ある ・ ない ）		
理由	☐ かかりつけ医での接種　☐ 入院中・施設入所中		
依頼書送付先 ※窓口受取りの場合不要	☐ 申請者住所　☐ 被接種者住所　☐ 入所施設 ☐ その他（名称 〒）		

契約医療機関外での接種を希望するため、予防接種依頼書の発行を申請いたします。

年　　月　　日

粕屋町長　様

（署名）＿＿＿