

予防接種依頼書交付申請書

(宛先) 高槻市長	申請日	年 月 日
(フリガナ) 被接種者名	生 年 月 日	明治・大正・昭和・西暦 年 月 日
※接種日時時点で60歳から64歳の方は 身体障がい者手帳等の写しを添付してください。 対象はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がいの程度が身体障がい者手帳1級に相当する人		
住 所	高槻市	
電 話 番 号		

※被接種者以外が申請する場合は以下にご記入ください。

申請者名	続柄	<input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 ()
住 所		
施設名等 <small>※続柄が施設職員の場合</small>		

※郵送をご希望の方は以下にご記入ください。

送 付 先	1. 被接種者住所 2. 申請者住所 3. その他 (以下にご記入ください)
送付先宛名 <small>※「3.その他」の場合</small>	
住 所 <small>※「3.その他」の場合</small>	

※被接種者と申請者が異なる場合は、必ず被接種者の同意を得てから申請してください。

※この申請は接種前の申請のみ有効です。

私は下記内容により予防接種依頼書の交付を申請します。

予防接種の種類	帯状疱疹
接種医療機関が所在する市区町村	市・区・町・村
依頼理由	1 接種医療機関が高槻市以外の市区町村であるため 2 他市町村に滞在しているため (※施設入所の場合は以下に記入) 施設名等： 施設所在地： 3 その他

高槻市 記入欄	月 日	発行番号	受付者	確認者	T L	No.