令和　　年　　月　　日

　奥州市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ氏　名 |  |
| 生年月日 | 大正 | 　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 昭和 |
| 住　所 | 奥州市 |
| 電話番号 |  |
| 申請者 | 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　） |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

定期予防接種（Ｂ類疾病）実施依頼書交付申請書

　下記のとおり病院（施設）で接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付申請をいたします。

　なお、予防接種の接種料金について、市が支払う料金より予防接種を実施する病院（施設）が設定している接種料金が上回っている場合は、その差額について、被接種者負担（個人負担）として予防接種を実施する病院（施設）に支払うことを了承します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 希望する予防接種 | □ 高齢者肺炎球菌感染症□ 高齢者帯状疱疹□ 高齢者インフルエンザ□ 高齢者新型コロナウイルス感染症 |
| 入院・入所している病院（施設） | 名　称 |  |
| 住　所 | 〒（電話：　　　　　　　　　　　　　） |
| 予防接種を実施する病院（実施） | 名　称 |  |
| 住　所 | 〒（電話：　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請理由 | □ 奥州市外の医療機関に入院中のため□ 奥州市外の施設に入所中のため |