

令和 年 月 日

奥 州 市 長 様

被接種者	フリガナ 氏 名				(男 ・ 女)
	生年月日	大 正	年	月	日生 (歳)
	住 所	〒 奥州市			
申 請 者	氏 名		電 話 番 号	被接種者との続柄	
	住 所	〒			

定期予防接種（B 類疾病）実施依頼書交付申請書

下記のとおり施設（病院）で受けたいので、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実施施設（病院）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）として実施施設（病院）に支払うことを了承します。

記

接種を希望する予防接種		☐ 高齢者肺炎球菌感染症予防接種 ☐ 高齢者インフルエンザ予防接種 ☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種
入 院 入 所 施 設	施設名	
	住 所	〒 (電話 :)
実施施設(病院)	施設名 病院名	
	住 所	〒 (電話 :)
申 請 理 由		☐ 医療機関へ入院中のため ☐ 施設へ入所中のため ☐ 寝たきり等の理由で、自宅にて実施するため

※この申請は年度ごとの申請が必要です。