様式第１号（第５条関係）

令和　　年　　月　　日

（あて先）三鷹市長

定期予防接種実施依頼書交付申請書

（高齢者等に対する予防接種）

三鷹市の指定医療機関以外で定期予防接種を受けることを希望しますので、取り計らいをお願いしたく、次のとおり申請します。

被接種者	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	大正 昭和 西暦　　年　　月　　日　（　　歳）
	住　　所	三鷹市 電話　　－　　－
申請者	□　被接種者本人が申請の場合はチェックを入れてください（再度の記載不要）	
	氏　　名	続柄（　　）
	住　　所	電話　　－　　－
予防接種の種類 （該当するものに○をつけてください）		肺炎球菌ワクチン・ 帯状疱疹ワクチン（ビケン・シングリックス）・ インフルエンザワクチン　・新型コロナワクチン
滞在先住所方書		〒 様方 電話　　－　　－
滞在期間		令和 西暦　　年　　月　　日から　令和 西暦　　年　　月　　日まで
依頼書の宛名		１　市区町村長　・　２　医療機関院長
接種を実施する市区町村・医療機関の名称・住所		市区町村：
		医療機関名称：
		医療機関住所：
依頼書の送付先		１　三鷹市の住民登録地　・　２　滞在先 ３　その他（〒　　）
希望理由 （該当するものに○をつけてください）		１　施設・病院に入所・入院中　２　かかりつけ医 ３　その他（　　）