様式第１号（第５条関係）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（あて先）三鷹市長

見本

# 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 | 〇〇〇〇　〇〇〇〇 |
| | 氏　名 | 〇 〇　〇 〇 |
| | 生年月日 | 大正 昭和（〇）<br>西暦　〇〇年　〇〇月　〇〇日　（　〇〇歳） |
| | 住　所 | 三鷹市　〇〇〇　〇丁目　〇〇番　〇〇号<br>電話　〇〇〇〇－　〇〇〇〇－　〇〇〇〇 |
| 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<br>（該当するものに〇をつけてください） | | 肺炎球菌ワクチン・<br>帯状疱疹ワクチン（ビケン・シングリックス）・<br>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 | | 〒〇〇〇－〇〇〇〇<br>〇〇県〇〇市　〇丁目　〇番　〇号　〇〇ﾏﾝｼｮﾝ〇〇〇号室　〇〇　〇〇様方<br>電話　〇〇〇〇－　〇〇〇〇－　〇〇〇〇 |
| 滞在期間 | | 令和 西暦　〇〇 年 〇〇月 〇〇日　から　令和 西暦　〇〇年 〇〇月 〇〇日まで |
| 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： | 〇〇〇〇〇〇クリニック |
| | 医療機関住所： | 〇〇県〇〇〇〇市　〇丁目〇〇番〇〇－〇〇〇号 |
| 依頼書の送付先 | | １　三鷹市の住民登録地　・　（２）滞在先<br>３　その他（〒　　） |
| 希望理由<br>（該当するものに〇をつけてください） | | （１）施設・病院に入所中　２　かかりつけ医<br>３　その他（　　） |

宛名が市区町村長の場合は、１　市区町村長に〇をし、市区町村名をご記入ください。

※　原則的に市区町村長あては、他市民の依頼書受け入れ可能な自治体です。**受け入れをしていない自治体は病院（クリニック等）あての依頼書になります。医療機関住所地の自治体にご確認ください。**