

門真市予防接種依頼書交付申請書兼予防接種利用券交付申請書

年 月 日

門真市長 宮本 一孝 様

申請者 _____

住所 〒 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄
(本人・妻・夫・子・施設職員・その他)

門真市成人の予防接種事業実施要綱第5条及び第6条の規定により、下記のとおり、予防接種実施依頼書及び門真市予防接種利用券の発行を申請します。

記

被 接 種 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____
	生年月日	年 月 日 (歳)	
申請内容		<input type="checkbox"/> 予防接種依頼書 (門真市の取扱医療機関以外で接種を受ける場合) <input type="checkbox"/> 門真市予防接種利用券 (生活保護受給者対象)	
予防接種の種類 (※1)		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン <input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹 生ワクチン(1回接種) <input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹 組換えワクチン (<input type="checkbox"/> 1回目 ・ <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 成人麻しん風しん (風しんの追加的対策)	
予診票の送付 (※2)		<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	
予防接種実施 医療機関		名称	
		住所	〒 _____
本市で受けられない理由		1. 病気治療等により市外の医療機関で接種を受けるため 2. やむを得ない理由により市外に滞在しているため 3. その他 (_____)	
郵送先		宛先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ <input type="checkbox"/> その他
		住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 _____ <input type="checkbox"/> 被接種者と同じ <input type="checkbox"/> その他

※1：高齢者带状疱疹ワクチンの接種を希望する場合は、予防接種実施医療機関に使用するワクチン(生ワクチン又は組換えワクチン)を確認の上、選択してください。

※2：予防接種依頼書の発行を希望する場合は、予診票(門真市作成成分)が必要かどうか実施医療機関にご確認ください。

(門真市使用欄)

受付日		担当者		住民登録	有・無
医療機関	該当・非該当	利用券資格確認	該当・非該当	依頼書宛先	市長・医療機関