

定期予防接種依頼書交付申請書（高齢者）

定期予防接種実施依頼書の発行を以下のとおり希望します。

被接種者（予防接種を受ける方）について			
フリガナ		生年 月 日	年 月 日
氏 名		電話 番号	
住 所	守谷市		
被接種者と異なる連絡者がいる場合は記入してください。（代理申請時に使用）			
フリガナ		続柄	
氏 名			※親族のみ
住 所	※被接種者と異なる場合のみ記入	電話 番号	※被接種者と異なる場合のみ記入
接種する予防接種の種類			
☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者带状疱疹 ☐ 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			
接種予定医療機関名を記入してください。 ※医療機関宛で予防接種実施依頼書を作成しますが、施設入所中の方は事前に宛先を確認し、宛先の名称（施設名・病院名）を記入してください			
病院名（施設名）：			
守谷市が発行した予診票はお持ちですか。			
☐ 手元に持っている ☐ 持っていない			
申請理由（その他を選択した場合は理由も書いてください。）			
☐ かかりつけ医で接種するため ☐ 入院・入所中であるため ☐ その他（理由： ）			
書類送付先			
☐ 被接種者住所 ☐ 代筆者住所（被接種者と住所が異なる場合） ☐ その他（以下に書類送付先を記入）			
〒 ー			
世帯主名			
・施設名	例）〇〇様方、〇〇病院〇〇号室など		