

# 摂津市帯状疱疹予防接種実施依頼書交付申請書

令和      年      月      日

摂津市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 被接種者との続柄 本人 ・ その他(      )

次のとおり摂津市以外で予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

予防接種を受ける者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	大正 ・ 昭和      年      月      日 (      歳)		
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外(右欄に記入)	電話番号 (      )      -	
予防接種を受ける医療機関名等	(      市・町)			
理由	1. かかりつけ医のため 2. 入院中のため 3. 入所中のため (施設名 :      ) 4. その他 (      )			
備考	(上記以外の連絡先・送付先)			

※ この申請は、予防接種を接種する前のみ有効です。接種後の申請はできません。

公 印	課 長	課長代理	係 長	係 員	受 付	還付申請書
						渡し 未 済

お渡し方法
<input type="checkbox"/> 窓口受け取り
<input type="checkbox"/> 郵送(申請者/接種者/その他)