予防接種実施依頼書交付申請書

見本

成人用

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の発行をお願いします。

申請は原則申込者本人になりますが、本人の委任のもと家族、施設または医療機関から代理で申請される場合は下記代理人欄に必ずご記入ください。※

南山城村長あて　　記入日：　　年　　月　　日

申請者 ＊本人以外が記入する場合✔してください。 ☑ 代理者	住所　〒（ 619 — 1411 ）※滞在先（施設等）と同じ場合不要 例）京都府相楽郡南山城村　〇〇番地			
	氏名 例）　南山城　花子			
予防接種を受ける者 ＊複数人の場合は、別紙【希望者名簿】に記載してください。	住所　〒（ 619 — 14 例）京都府相楽郡南山城村北大河原大楢葉 4-10			
	氏名 例）　南山城　太郎		性別 男	申請者との続柄 娘
	生年月日　M・T・S　〇　年　〇　月　〇　日生（ 〇〇 歳）			
実施施設	滞在先（施設等）	住所	（〒 〇〇 — 〇〇 ） 例）〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	
		名称	例）〇〇病院　特養〇〇　老健〇〇など	
		連絡先	（電話番号）	
予防接種の種類	☑ 高齢者インフルエンザ			
理由	☑ 入院（入所）中のため ☐ その他（　　）			
実施依頼書の宛名	＊実施依頼書の発行は受付後、約 2 週間かかりますのでご了承ください。 実施依頼書の宛名：☑ 施設等　（ 特養〇〇 ） ☐ 医療機関　（　　） ☐ その他　（　　）			
書類等送付先	☐申請者住所　☐予防接種を受ける者の住所　☑滞在（入所）先住所 ※郵送の場合のみ送付を希望される住所に☑チェックを入れてください。			
注意事項	・予防接種実施依頼書は、万が一健康被害が生じた場合、予防接種法第 15 条及びその他関係法令に基づき南山城村が責任をもって措置することを証明するものです。 ・　が異なる場合や、接種費用につ　***事前にご確認***ください。 ・　炎球菌ワクチン（ニューモバックス NP）の接種歴がある方は定期接種の対象外となります。 上記注意事項を確認した上で、予防接種実施依頼書の交付を申請します。 （代理者） 年　月　日　申請者氏名　南山城　花子　㊞			

※対象者自らの意思で接種を希望していることを確認すること。対象者の意思確認ができない場合は、家族又はかかりつけ医の協力を得て、その意思を確認すること　接種してはならない。（定期予防接種要領）

宛先　〒619-1411　京都府相楽郡南山城村　で

電話番号：0743-93-0294　FAX：07

本人以外が申請する場合、☑して代理者の氏名をご記入ください。
例）ご家族・医療機関・施設職員等
※職員等が記入する場合は、施設の住所をお書きください。滞在先と同じ場合な不要です。

2 名以上の場合は、この欄は空欄で結構です。
代理者が医療機関・施設等の場合、「続柄」は職員・施設長・ケアマネジャー等とご記入ください。

うけられる医療機関や施設等をご記入ください。※家族等が記入する場合は医療機関等に確認してください。

署名捺印は申請者(代理者)の方がしてください。
※印鑑は認印またはサイン(苗字に丸印)でも結構です。

別紙

【高齢者用定期予防接種　希望者名簿】

見本

申込者情報　　（施設名：　　）

No.	氏名	性別	生年月日	年齢	住所（住民票）	希望する予防接種
1			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
2			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
3			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
4			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
5			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
6			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
7			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
8			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
9			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
10			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
11			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
12			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
13			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
14			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
15			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
16			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
17			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
18			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
19			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌
20			M・T・S ・　・			□インフルエンザ □高齢者肺炎球菌

予防接種の種類に☑してください。