

高齢者インフルエンザ予防接種依頼書交付申請書

(宛先) 大田区長

平成 年 月 日

・以下の注意事項を確認の上、申請してください。

被接種者	住 所	大田区
	氏 名	
	生年月日	年齢 歳
理 由	1 老人保健施設等へ入所中のため。 2 病院へ入院中のため。 3 その他（保健所長が必要と認める場合）	
滞 在 地	住 所	
	名 称	電話 ( )
接種 医療機関	住 所	
	名 称	電話 ( )

《注意事項》

- 1 滞在地自治体の予診票を使用してください。
- 2 接種は滞在地自治体と契約した医師が行うこと。
- 3 大田区は予防接種の費用を負担いたしませんので、滞在地自治体または本人の負担による接種を行ってください。
- 4 申請者は被接種者本人もしくはそのご家族の方に限ります。

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(被接種者との続柄) \_\_\_\_\_

電 話 ( ) \_\_\_\_\_