

大田区高齢者予防接種依頼書交付申請書

(宛先) 大田区長

令和 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
接種予定 予防接種	1 高齢者インフルエンザ 2 新型コロナウイルス感染症 3 高齢者肺炎球菌	
理 由	1 23 区内及び区外の予防接種協力医療機関外の病院に長期入院 2 高齢者施設等入所 3 予防接種注意者であり主治医の監督下で接種を受けるように 医師から指導されており、指定医療機関で接種ができない場合	
滞 在 地	住 所	
	名 称	電話 ()
接種予定 医療機関	住 所	
	名 称	電話 ()

《注意事項》

- 1 大田区の予診票または医療機関設置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 予防接種の費用助成を受ける場合は、別途支給申請が必要となります。
- 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 () _____