

松戸市高齢者等の予防接種依頼書交付申請書

年 月 日

申請者	住所 〒
	氏名 接種を受ける人との続柄 ()
	電話番号 ()

(あて先) 松戸市長

松戸市で実施する予防接種を下記理由により受けることができませんので、指定外の医療機関で接種が受けられるよう依頼書の交付を申請いたします。

記

接種を受ける人	ふりがな		性別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日
	住 所 電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外の場合 〒 電話番号 ()		
予 防 接 種 名	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス ※以下は初めて受ける方が対象です。 <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 帯状疱疹 <input type="checkbox"/> 風しん第5期におけるMRワクチン			
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 入院入所中 <input type="checkbox"/> 下記住所に長期滞在中 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他 ()			
接 種 を 受 け る 市 区 町 村 名 及 び 病 院 名	都道府県名	市区町村名	医療機関名	
滞 在 先	〒 (様方) 電話番号 ()			
依 頼 書 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 現住所 (住民票のある所) <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> (接種を受ける人が申請者以外の場合) 申請者の住所 <input type="checkbox"/> その他の住所 〒			
還 付 申 請 書 の 送 付 先	<input type="checkbox"/> 依頼書の送付先と同じ <input type="checkbox"/> 別の送付先を希望 〒			
返 信 用 封 筒	<input type="checkbox"/> 返信用封筒に必要な分の切手を貼付しました ※依頼書と還付申請書の送付先が異なる場合は、各返信用封筒が必要です			