

松戸市高齢者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(ご連絡の取れる番号) ()

(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	大正・昭和 年 月 日 (歳)
	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 ()		
希望する予防接種名		高齢者インフルエンザ予防接種		
申請理由		<input type="checkbox"/> 入院入所中 <input type="checkbox"/> 親族等の家に長期滞在中 <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 及び病院名		都・道・府・県	市・区・町・村	クリニック 医院 病院
滞在先		〒 (様方) 電話 ()		
依頼書の送付先		<input type="checkbox"/> 現住所(住民票のある所)希望 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所希望 <input type="checkbox"/> 接種を受ける人が申請者以外の場合)申請者の住所希望 <input type="checkbox"/> その他の住所を希望 〒		
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"/> 依頼書と還付申請書の送付先が同じ: 94円切手を貼付しました <input type="checkbox"/> " 異なる: 各封筒に 84円切手を貼付しました		