季節性高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナウイルス感染症
予防接種実施依頼書交付申請書

申請日を記入

年 月 日

<p><対象者> 接種当日に右記のいずれかに該当する場合に依頼書を発行できます。</p>	<p>該当する方に☑を入れてください。</p> <p>☒ 接種する日において65歳以上の者</p> <p>☐ 接種する日において60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に重大な障害のあるもの（これらに該当することが分かる身体障害者手帳（1級）又は医師の診断書等が必要）</p>
--	--

（申請先） 茨木市長

依頼書を送付する先の宛名
をご記入ください

（依頼書送付先） 申請者	住所	〒 567-0031 茨木市春日三丁目13番5号
	氏名	茨木 太郎
	接種を受ける人との続柄	本人 ・ その他（ ）
	電話番号 (連絡の取れる番号)	072-625-6685

茨木市以外の市区町村で以下の予防接種を受けたいので、依頼書の交付を申請します。
なお、申請要件の確認のため、予防接種を受ける者の住民基本台帳を市長が閲覧する

接種予定の予防接種名を「○」してください。
※両方接種予定の場合は両方「○」してください。

接種を受ける人	フリガナ	イバラキ タロウ	性別	
	氏名	茨木 太郎		男 ・ 女
	生年月日	昭和 34年 4月 10日 (65 歳)		
	住所 電話番号	☒ 上記と同じ ☐ 上記以外 (記入してください。)	〒 茨木市 電話番号	
予防接種名	季節性高齢者インフルエンザ ・ 高齢者新型コロナウイルス感染症			
接種予定月	令和6年 11月	公的接種期間: 令和6年10月1日から	令和6年12月末日まで	
接種医の所属する医療機関の市区町村	大阪府 東大阪 市 区 町 村			
依頼書の宛先(医療機関の市区町村に確認)	1 市区町村長宛て		2 医療機関宛て (医療機関名:)	
申請理由	1 主治医での接種を希望 2 入院 ・ 入所中 3 その他 ()			

接種する医療機関の所属する市区町村をご記入ください
※もし、インフルエンザと新型コロナウイルスの予防接種で
市区町村が異なる場合は、それぞれご申請ください。
【例】インフルエンザ … 東大阪市の医療機関
新型コロナウイルス … 大阪市の医療機関

両方接種予定で、接種予定月が異なる場合は、日程が近い方の接種予定月を記載してください。

依頼書の宛先について、所属する市区町村にご確認ください

※注意事項

接種される市区町村により、茨木市の予診票が使えない場合や事前手続が必要な場合がありますので、必ず接種を希望される前に市区町村の予防接種担当部署に依頼書の宛先等を確認の上、依頼書発行後に接種してください。また接種費用は市区町村によって異なります。

（職員記入欄）

依頼書番号 ()

受付