

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種実施依頼書交付申請書

該当箇所に✓を入れてください ※対象者に該当するかご確認ください

申請日を記入

年 月 日

<対象者> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> 接種する日において65歳の者
	<input type="checkbox"/> 接種する日において60歳以上65歳未満の者で、心臓、腎臓又は呼吸器の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）

（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	<input checked="" type="radio"/> 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成人用肺炎球菌ワクチン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ことに同意します。

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		<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	
	生年月日	昭和 34 年 4 月 10 日		(65 歳)	
	住所 電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 (記入してください。)	茨木市 電話番号	-	-
予防接種名	成人用肺炎球菌ワクチン		接種する医療機関の所属する市町村をご記入ください		
接種予定月	令和 6 年 5 月				
接種医の所属する医療機関の市区町村	大阪		都 道 府 県	高槻	<input checked="" type="radio"/> 市 区 町 村
依頼書の宛先(医療機関の市区町村に確認)	<input checked="" type="radio"/> 1 市区町村長宛て	2	医療機関宛て (医療機関名：)		
申請理由	<input checked="" type="radio"/> 1 主治医での接種を希望	依頼書の宛先について、上記の市町村にご確認ください			
	2 入院 ・ 入所中				
	3 その他 ()				

※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

--