

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

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。	該当する方に☑を入れてください。 ☐ 接種する日において65歳以上の者 ☐ 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）
---	---

（申請先） 茨木市長

（依頼書送付先） 申請者	住所	〒	
	氏名		
	接種を受ける者との続柄	本人 ・ その他 （ ）	
	電話番号 （連絡の取れる番号）	- -	

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ことに同意します。

接種を受ける者	フリガナ			性 別
	氏 名			男 ・ 女
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 （ 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		
接種予定年月		年 月	公的接種期間：令和7年10月1日から令和8年1月末日まで	
接種医の所属する医療機関の市区町村		都 道 市 区 府 県 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 （ ）		

※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