

千早赤阪村予防接種依頼書交付申請書

千早赤阪村長 様

令和8年10月1日

申請者（保護者・代理人）

氏名 千早 太郎 続柄 代理人

住所 大阪府南河内郡千早赤阪村大字水分195番地の1

電話番号 0721-72-0069

千早赤阪村の指定する医療機関で予防接種を受けることができないため、予防接種実施依頼書の交付をお願いします。

記

1. 被接種者

ふりがな氏名	<u>ちはや ひめ 千早 姫</u>	性別	男 ・ <u>女</u>
住所	<u>大阪府南河内郡千早赤阪村大字水分180番地</u>		
生年月日	<u>昭和21年10月1日（満80歳 か月）</u>		

2. 接種を希望する予防接種の種類と接種区分

予防接種の種類	接種区分(回数)
☒ インフルエンザ	
☒ 新型コロナウイルス感染症	

必要な予防接種に☒（チェック）し、接種回数は「1」と記入ください。

3. 指定医療機関で接種を受けられない理由

1. 保護者の里帰り出産等のために、村外に滞在しているため
<u>2.</u> 村外の施設に入所又は医療機関に入院しているため
3. 先天性疾患、慢性疾患又は難病等の事情により、かかりつけ医での接種を行うため
4. その他(具体的

接種する医療機関名または入所中の施設で接種される方は施設名を記入ください。

4. 接種医療機関等

名称 <u>医療法人××会 ちあか病院</u>	所在地 <u>大阪府〇〇〇市△△△×××番地</u>
電話番号(市外局番-〇〇〇-×××)	

5. 滞在地（上記被接種者の住所と異なる場合）

名称 <u>老人ホーム ちあか苑</u>	所在地 <u>大阪府〇〇〇市△△△×××番地</u>
滞在中連絡のつく、被接種者又は申請者の電話番号(〇〇〇-△△△-××××)	
滞在予定期間	年 月 日まで ・ <u>未定</u>

現在入所している施設名または入院している病院名を記入ください。
4. と同じであれば、「同上」としてください。

入院・入所されている場合は、滞在予定期間を記載ください。
未定の場合は未定に○をしてください。

担当者記入欄

種別
<u>償還 ・ 申し合わせ</u>

受付日	年 月 日
受付担当者	
受付番号	