第１号様式（第３条関係）

・滞在先住所には、注射を打つ方が入所している施設等の情報をご記入ください。

・実施医療機関は、入所している施設の訪問医等なので、施設の方にお問い合わせいただき、記入してください。

**書き方**

予防接種実施依頼申請書

令和６年１０月１日

　座間市長　殿

申請者　住所　〒**252-0021**

**座間市緑ケ丘１－１－１**

氏名　**座間　太郎**

注射を打つ方の氏名、住所を記入してください。

被接種者との続き柄　**配偶者**

連絡先　**０４６－２５５－１１１１**

　次のとおり他市町村で予防接種を受けるために、依頼書の発行を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ﾌﾘｶﾞﾅ | ザマ　ハナコ | 生年月日（和暦）昭和33年4月2日 |
| 氏名 | 座間　花子 |
| 住所 | 〒252-0021**座間市緑ケ丘１－１－１** |
| 生活保護受給者証　　あり　　　なし　※どちらかに〇をつけてください。 |
| 被接種者滞在先住所滞在期間 | 住所 | 〒　252-0021　座間市緑ケ丘２－２－２　特別養護老人ホーム |
| 滞在期間　令和５年４月１日～ |
| 実施医療機関 | 医療機関名 | 座間病院 |
| 住所 | 〒252-0021座間市緑ケ丘３－３－３電話番号　046-252-7995 |
| 依頼書送付先 | 〒※申請者へ送付します。それ以外の方は記入してください。 |
| 予防接種の種類（〇をつける） | インフルエンザ | 接種予定日 | 令和６年１０月５日 |
| 肺炎球菌感染症 | 　　年　　月　　日 |
| 新型コロナウイルス感染症 | 　　年　　月　　日 |
| 帯状疱疹（生ワクチン） | 　　年　　月　　日 |
| 帯状疱疹（組換えワクチン） | （１回目）　　年　　月　　日（２回目）　　年　　月　　日 |
| 指定医療機関で予防接種を受けられない理由 | 介護施設に入所しているため |