

【 県内 ・ 県外 】 予防接種依頼書交付願

高齢者

令和 年 月 日

(あて先) 静岡市保健所長

下記により、他市町村にて予防接種を受けたいのでよろしくお取り計らい願います。

記

被 接 種 者	住 所	〒 静岡市		
	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	昭和 年 月 日 大正	年 齢	歳
	電 話			
下の該当する欄にチェックを入れ、被接種者 以外の場合は情報を記入してください。 ☐ 申請者と同一（記載不要） ☐ 申請者（成年後見人等） （申請権を有していることが確認でき る書類又は委任状が必要となります。） ☐ 代筆者	住 所	〒		
	氏 名			
	電 話		被接種者と の続柄	
予防接種の種類	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナ ☐ 带状疱疹（生ワクチン）（市からの通知（原本）を添付） ☐ 带状疱疹（不活化ワクチン）（市からの通知（原本）を添付） ☐ 肺炎球菌（市からの通知（原本）を添付）			
生活保護等 受給の有無	生活保護世帯、または世帯全員が非課税の世帯に該当する ☐ はい（※証明する書類を添付してください。） ☐ いいえ			
滞 在 先	〒			
	電話			
依頼書送付先	☐ 被接種者の住所 ☐ 申請者の住所 ☐ 滞在先の住所			
接種希望医療機関	〒			
	医療機関名		電話	
理 由				

担当 〒 420-0846 静岡市葵区城東町 24 番 1 号

静岡市保健所 感染症対策課 予防接種係 電話 054-249-3152、054-249-3173