

予防接種市外実施依頼申請書（B類）

川西市長 あて

標記のことについて、下記のとおり予防接種を市外で接種したいので申請いたします。

なお、接種を受ける市町村で費用を徴収される場合は、本人及び家族が全額負担します。

申請について	申請年月日	年	月	日		
	申請者氏名	(続柄)				
	申請者の連絡先	住所				
		電話番号	—	—		
接種者本人について	氏名・性別	男・女				
	生年月日・年齢	年	月	日	(歳)	
	住 所 地 (住民票所在地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 兵庫県川西市				
	滞 在 先	★入院・入所中の病院・施設 (あり・なし) ⇒ ()				
		(〒 —) 都道 市区 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 府県 町村 (様方) 接種に関する問合せ先 電話番号 — — (名前;)				
下記該当者のみチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付者 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1級相当 (心臓・腎臓・呼吸器の機能又はヒト免疫不全によるウイルスによる免疫機能の障害を有する)						
接種について	ワクチン名	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> 新型コロナワクチン				
	場 所	医療機関名 _____ 市 町 名 伊丹市・宝塚市・尼崎市・西宮市・三田市・芦屋市・その他 その他の場合は住所 都道府県 市区町村				
	理 由	<input type="checkbox"/> かかりつけ医療機関のため <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 入院、入所中のため				

※郵送を希望される場合は、郵送先住所、氏名を記入のうえ切手を貼った返信用封筒を同封してください。

※ 以下は記入しないでください。

申請受理日	作成者	点検者	備考	作成枚数
			手渡し 郵送 (/)	阪神・広域・他 枚