

八王子市長 石森 孝志 殿

フリガナ
申請者 氏名 _____
(予防接種を受ける方) 住所 _____
電話番号 _____
代筆者 氏名 _____ 続柄() _____

高齢者インフルエンザ予防接種依頼書の発行について（申請）

下記により予防接種を受けたいので、予防接種依頼書の発行を申請します。

予防接種を受ける方	フリガナ氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	〒 八王子市
申請理由	該当する番号に○をつける。	
	1. 市外に長期滞在中のため（下記a, bに記入）	
	2. 慢性疾患等で市外医療機関にかかりつけのため（市外滞在を伴わない場合下記bのみ記入）	
	a. 滞在先	〒 住所 _____ (施設名) _____ ☎ () - _____ 理由 _____
b. 接種医療機関	名称 _____ 所在地 _____ 理由 入院中のため・かかりつけのため・その他 () _____	
依頼期間	令和3年(2021年) 10月 11日 ~ 令和4年(2022年) 1月 31日 まで	
依頼書送付先	いずれかに○をつける。 1. 現住所(自宅) 2. 滞在先 3. その他 () _____	

【提出先】 〒192-0083 八王子市旭町13-18

八王子市保健所健康政策課 予防接種担当 ☎ 042-645-5102 FAX 042-644-9100

【市処理欄】

公費受け入れ 有・無 依頼書の宛先 区市町村長宛て・医療機関宛て □助成制度

丁 決 裁	このことについて、予防接種費助成要綱第8条の規定に基づき別紙のとおり依頼書を交付してよろしいか。			起案	令和 年 月 日	受付印
				決裁	令和 年 月 日	
課長	主査	主任	係	施行	令和 年 月 日	
				文書取扱主任	起案者	
						部分公開 (第2号個人情報)
						保存年限 5年