

目黒区高齢者の定期予防接種依頼書 交付申請書

申請日：令和 年 月 日

目黒区長 宛て

申請者氏名※1		被接種者との続柄	
申請者住所	〒 ー		
電話番号	電話番号 ()		

下記の理由により、目黒区において予防接種を受けることができないため、「別紙 依頼書等チェックシート」の内容を確認し、予防接種依頼書の交付を申請します。

被 接 種 者※1 (※1)申請者及び被接種者の 本人確認書類の写しを添付 (いずれか1つ) ・マイナンバーカード(表面) ・運転免許証 ・資格確認証(健康保険証)※2 ・その他本人確認書類	ふりがな			
	氏 名			
	住 所	〒 ー 東京都目黒区		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月 日
	電話番号			
依頼書を作成する 予防接種(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹定期予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌定期予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> 新型コロナ定期予防接種			
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()			
発 行 希 望 ☑がない場合、発行はできません。	<input type="checkbox"/> 依頼書の発行について、被接種者本人 ^注 の了承済。 (注)被接種者本人の意思表示が困難な場合は、親族・成年後見人・保佐人を含む。			
滞 在 先	名 称			
	住 所	〒 ー (電話) - -		
接種を希望する医療機関	名 称			
	住 所	〒 ー (電話) - -		

※以下の欄は、依頼書の発行について、接種を希望する自治体の予防接種担当部署に確認してから記入してください。

依 頼 先	<input type="checkbox"/> 医療機関長あて <input type="checkbox"/> その他 ()		
依頼先担当機関名	※医療機関の場合、医療機関名を記入		
依 頼 先 住 所	〒 ー		
電 話 番 号	電話番号 ()		
依 頼 書 送 付 先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者入所・入院施設 <input type="checkbox"/> その他 [住所：〒 ー 宛名：]		
滞在先自治体の費用助成	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

(※2) 資格確認書(健康保険証)の写しを添付する場合は、被保険者記号・番号等にマスキング(目隠し)処理をしてください。

また、現住所の記載が裏面にある場合は、裏面の写しも添付してください。