

# 定期予防接種承認書交付申請書

申請区分【 市外接種 ・ 60～64歳 】

年 月 日

葛城市長 様

太枠内をご記入ください。

申請者 <small>(窓口に来られた方)</small>	氏名	(印)
	接種者との続柄	本人 ・ 家族 その他 ( ) 委任状(裏面)が必要です。
	住所	葛城市
	日中の連絡先	( - - )
接種を受ける方	氏名	男 ・ 女
	生年月日	大・昭 年 月 日 ( 歳 )
	住所	葛城市 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ
	日中の連絡先	( - - ) <input type="checkbox"/> 申請者に同じ
予防接種の種類 ( <input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい。)		<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌感染症
接種希望病院 及び予定日		所在地 ( ) 市・町・村 名称 ( ) 予定日 年 月 日

以下、職員記入欄	受付職員名	
市外接種	止むを得ない事情	① 上記医療機関・施設に入院・入所しているため ② 2次接種 ( ) ③ 慢性疾患1次接種 ( ) ④ かかりつけ医が市外医療機関であるため ⑤ その他 ( )
接種当日 60歳 ～ 64歳		※対象者は、左記の年齢で、心臓、腎臓、もしくは呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスにより免疫機能に一定の障害を有する方 <b>【申請理由】</b> ① 心臓機能障害 ② 腎臓機能障害 ③ 呼吸機能障害 ④ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害 <b>【添付書類】</b> 身体障害者手帳 ・ 医師の診断書 ・ その他 ( )

委 任 状

葛 城 市 長 様

代 理 人

住 所 .....

氏 名 .....

生年月日 ..... 年 ..... 月 ..... 日生 .....

わたしは、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

〔 2019年度 定期予防接種承認書  
交付申請の手続きに関する一切の権限 〕

年 月 日

住 所 .....

接 種 者 .....

Ⓜ

生年月日 ..... 大・昭 ..... 年 ..... 月 ..... 日生 .....