

予 防 接 種 依 頼 申 請 書

- ・ 予防接種依頼書により石垣市外で予防接種を受け、予防接種健康被害が発生した場合は、予防接種法に基づき石垣市が救済を行います。
- ・ 接種料金等が発生した場合は、一旦接種者負担となりますが、後日石垣市からの助成金を申請することができます。

上記のことについて、説明を受け理解した上、記入情報を依頼先の市町村及び医療機関へ提出することに同意し申請します。

令和 年 月 日
氏名

被 接 種 者	フリガナ <u>イカキ タロウ</u> 氏 名 <u>石垣 太郎</u>
生 年 月 日	昭和 <u>〇〇</u> 年 <u>〇〇</u> 月 <u>〇〇</u> 日
接種者住所（住民登録地）	<u>〒907-</u> <u>沖縄県石垣市登野城〇〇〇番地〇〇〇〇マンション</u>
受ける予防接種を○で囲む	<input type="radio"/> 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="radio"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="radio"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="radio"/> 高齢者带状疱疹
依頼書等の書類送付先	<u>〒〇〇〇-〇〇〇〇</u> 住 所： <u>〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3</u> 世帯主名（施設名）： <u>沖縄 県太</u> 電話番号： <u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</u>
石垣市で受けれない理由	<u>施設入所中 など</u>
滞 在 予 定 期 間	<u>〇〇年〇月〇日</u> ～ <u>〇〇年〇〇月〇〇日</u>
申 請 に 来 た 人	・（続柄： <u>子</u> ） ・氏名： <u>石垣 花子</u> 電話： <u>〇〇-〇〇〇〇</u> 住 所： <u>〇〇県〇〇市〇〇町2-2-2</u>
接種予定医療機関名	<u>〇〇〇〇病院</u>
住 所	<u>〇〇県〇〇市〇〇町</u>
電 話 番 号	<u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</u>
備 考	