

令和3年度 高齢者インフルエンザ予防接種依頼書交付申請書 [施設用]

申請日		令和 年 月 日			
申請者	住所	〒 ー			
	施設名等				
	電話番号		担当者名		
申請理由		1 施設入所中 2 入院中 3 その他 ()			
被接種者	住所	杉並区			複数名の申請は「申請者一覧」(別紙)をご利用ください。
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	接種の同意確認について	本人の同意あり	<input checked="" type="checkbox"/> を入れる 本人以外の同意あり(数字に○印) 1 親族 2 成年後見人	氏名	続柄
接種医療機関	医療機関名				
	医療機関の所在自治体	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村 ※上記自治体の予防接種担当部署に、費用や手続き方法についてご確認ください。 杉並区では接種費用の払い戻し(償還払い)を行っていません。			
依頼書	宛名	1 自治体長 2 接種医療機関 3 その他 ()			
	送付先	1 申請者 2 自治体 3 その他 ()			
	2・3の住所	〒 ー 2の部署名 ()			

接種予定日の2週間前までに、郵送または持参でご提出ください。

【提出先】〒167-0051 杉並区荻窪5-20-1 杉並保健所 保健予防課 高齢者インフルエンザ担当 宛
 電話03-3391-1025

杉並区 確認欄	受付日	発送日	担当者	受付番号
	/	/		