

南小国町長 高橋 周二 様

【 申請者 】

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 : \_\_\_\_\_

(被接種者からみた続柄 : \_\_\_\_\_)

連絡先 : \_\_\_\_\_

### 定期予防接種申請書

下記のとおり申請しますので、指定医療機関以外での予防接種の許可をお願い致します。

被接種者 (接種を受ける者)	氏 名	
	生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日
	住 所	南小国町大字
予防接種の種類 ※該当するものに○を付ける	高齢者肺炎球菌 ・ 带状疱疹 季節性インフルエンザ ・ 新型コロナ	
予防接種を受ける 医療機関名 (施設名)	医療機関名 (施設名) : 住 所 :	
上記医療機関で 接種を希望する理由 ※該当するものに○を付ける	入所中 (施設名 : ) ・ 入院中 ・ 通院中 ・ その他 ( )	

※②③  
後日交付

① 広域化  
② 広域外  
③ 県 外

住所	年齢	生保該当	特例該当	依頼状
有	65 以上	無	無	不要
無	60-64	有	有	要

※対応者

( )