

篠栗町定期 B 類予防接種実施依頼書交付申請書

年 月 日

篠 栗 町 長

次のとおり予防接種を受けたいので、依頼書の発行を申請します。

被接種者 (接種を受ける人)	氏名	フリガナ 男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	住所	〒 篠栗町
	電話番号	() —
申請者氏名 (被接種者以外が申請する場合 記入してください)		被接種者との関係
申請理由 (該当する番号に○を付け、 その理由を記入してください。)	1 福岡県外の市区町村での接種 2 篠栗町の指定する実施医療機関以外での接種 【上記接種の理由】(入所等)	
接種医療機関・接種医名	☐ 医療機関名 ☐ 医療機関所在地 ☐ 接種医名 ☐ 医療機関連絡先 () —	
予防接種種類 (希望するものに○を 付けてください。)	1 高齢者肺炎球菌 2 インフルエンザ 3 新型コロナウイルス 4 帯状疱疹	
連絡先 (滞在先)・滞在期間	〒 — 住所 都・道・府・県 世帯主 電話番号 () — 滞在期間 (年 月 日～ 年 月 日)	

※接種費用が篠栗町の設定した費用より高い場合は、差額の支払が必要です。

意思確認 (被接種者以外が申請する場合)	☐ 被接種者が予防接種を希望していることを確認した。 (本人の明確な接種意思の確認ができない場合は、定期接種の対象外となります。)
送付先 (希望するものに○を 付けてください。)	1 申請者 2 滞在先 3 接種医療機関 4 窓口へ来所 5 その他 ()