

依 頼

肺炎球菌

高齢者の肺炎球菌
予防接種依頼書発行申請書

令和 年 月 日

池田市長 様

下記のとおり、他市での予防接種を希望するため、依頼書の発行を申請します。

申請者氏名

生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）

住 所 池田市

電 話 番 号

予防接種の種類 ☐ 高齢者の肺炎球菌

理 由 ☐①かかりつけの医療機関が市外にあるため
☐②（ ）に入院中
☐③（ ）に入所中
☐④その他（ ）

接種医療機関 所在地：（ ） 都道府県（ ） 市区町村
名 称：

※ 申請手続きを代理人に委任する場合は、下記委任状の記入をお願いします。

委 任 状

私は下記の者を代理人と定め、上記の予防接種の依頼申請に係る権限を委任します。

代理人氏名

代理人住所

代理人電話番号

本人との続柄

市記入欄

申請者	☐ 本人確認(1点)	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証/経歴証 ☐ パスポート ☐ 身体/精神障害者手帳 ☐ 写真付住基カード ☐ 在留カード ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証 ☐ 医療受給者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他（ ）
代理人	☐ 本人確認(1点)	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証/経歴証 ☐ パスポート ☐ 身体/精神障害者手帳 ☐ 写真付住基カード ☐ 在留カード ☐ 健康保険証 ☐ 介護保険証 ☐ 医療受給者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他（ ）

決 裁	課 長	係 員

発行日	発行者	発行方法	確認者
/	印	☒ 手交 ☐ 郵送	印

他市依頼