

益城町インフルエンザ定期予防接種依頼書交付申請書

令和 年 月 日

益城町 健康保険課長 様

(交付申請者)  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ( 印 ) \_\_\_\_\_  
昼間連絡がつく電話番号 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

下記のとおり、インフルエンザ定期予防接種を益城町指定医療機関以外で受けるため、医療機関への依頼書交付を申請します。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・記・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

1. 被接種者 住 所 益城町 \_\_\_\_\_  
(接種を受ける人) 氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 \_\_\_\_\_  
今年度末の年齢 歳 (相当の場合は接種時年齢) \_\_\_\_\_

2. 接種希望 (医療) 機関 \_\_\_\_\_ ( 市・町・村 ) \_\_\_\_\_

3. 接種希望日 令和 年 月 日頃 \_\_\_\_\_

4. 益城町指定医療機関で受けられない理由 (どちらかに○)

- ①町内外施設及び県外医療機関に長期入所・入院のため  
②かかりつけ医が町外医療機関で、広域化に参加していないため

・・・・※ 係記入欄・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

| 身体障害者<br>手帳有 | 生活保護<br>確認 | 本人確認<br>(保険証等) | 行政支援システム<br>履歴チェック | 未接種確認<br>(口頭) | 住基 | 確認印 |
|--------------|------------|----------------|--------------------|---------------|----|-----|
|              | 台帳<br>福祉課  |                |                    |               |    |     |
|              |            |                |                    |               |    |     |