第３号様式（第８条関係）

**秦野市高齢者予防接種区域外接種申請書**

年　　　月　　　日

（宛先）秦野市長

住　　所

申請者　氏　　名

電話番号

　次のとおり、予防接種を受けたいので申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | ふりがな |  |
| 氏名 | 生年月日　　　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 秦野市  （※申請者住所と異なる場合に記入） |
| 実施医療機関名 |  | |
| 所在地・電話 | 〒　　　　－    　　　　　　　　　TEL　　　　（　　　） | |
| 申請理由 | 該当する番号を○で囲んでください。  １　かかりつけの医療機関での接種を希望  ２　疾病等により、入院又は通院  ３　市外滞在中で、秦野市委託医療機関での接種が困難  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 予防接種の種類 | □　高齢者インフルエンザ予防接種  □　高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種  □　高齢者新型コロナウイルス感染症予防接種 | |
| 依頼期間（接種予定日） | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで | |
| 連絡先住所等  （※入院等の理由で、連絡先が異なる場合に記入） | 〒　　　　－  TEL　　　　（　　　） | |