

決定	課長	係長	係員

※本人の意思確認ができない人は、法定接種はできません。

予防接種依頼書交付申請書 **(高齢者肺炎球菌・带状疱疹・インフルエンザ・新型コロナワクチン)**

被接種者	住所（住民登録上）	足立区		
	氏 名			
	生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月 日生（ 歳）
予防接種の種類		（希望のワクチンに○をつけて下さい） 高齢者肺炎球菌・带状疱疹・インフルエンザ・新型コロナワクチン		
接 種 日 （ 予 定 ）		年 月 日（ ）		
		年 月 日（ ）予備日		
依 頼 先				
理 由		☐ 入院しているため（医療機関名） ☐ 施設入所中のため（施設名） ☐ その他（ ）		
本人予防接種の希望の確認		本人の接種確認 有 ・ 無		
意思確認の方法				
滞在先 （依頼書 送付先）	住所	〒		
	電話番号		方書	
年 月 日 申請者住所 申請者氏名 続柄 電話番号				

注 （１）予防接種依頼書交付申請書と併せて、**切手（１１０円）を貼った返信用封筒**を接種日の２０日前には足立区役所保健予防課に到着するように提出してください。

（２）依頼先は接種する市町村の保健所等に確認してください。

（３）予防接種依頼書によって、２３区外での接種も定期接種として扱われますが、**接種費用は自己負担**となります。**区から接種費用に対する償還払いの制度はありません**のでご了承ください。

担当 〒120－8510 足立区中央本町１－17－1 TEL3880－5094 足立区役所保健予防課予防接種係