

# 記入例

## 予 防 接 種 依 頼 願

町田市長 様

申請者（被接種者）氏名：**町田 太郎**

### 【注意】

※親族、成年後見人が代理で申請する場合、こちらにも記入して下さい。

※施設の方は代理人になりません。

代理人（親族等）氏名：**町田 一郎**

続 柄：**長男**

住 所：**町田市森野2-2-22**

施設入所中のため、予防接種を自らの意思により希望しますので、予防接種依頼書の発行をお願いします。

記

予防接種名	<b>インフルエンザ</b> もしくは <b>高齢者肺炎球菌</b>	
接種予定日	<b>20〇〇</b> 年 <b>11</b> 月 <b>1</b> 日 頃	
被接種者氏名	<b>町田 太郎</b>	
生年月日	<b>1940</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日 生 ( <b>〇〇</b> 歳) (昭和15)	
被接種者 住民登録地 /電話番号	町田市 <b>森野2-2-22</b>	TEL <b>042-XXX-XXXX</b>
医療機関/施設住所 名称・電話番号	<b>相模原市〇×1-2-3</b> <b>さがみの里</b> TEL <b>042-XXX-XXXX</b>	
施設種別 (いずれかに〇)	・指定介護老人福祉施設 ・指定介護療養型医療施設 ・介護老人保健施設 ・介護医療院	
依頼理由	施設入所のため	
依頼書等の発送先 (どちらかに〇)	施設宛 (被接種者の居所)	<b>申請者宛</b> (親族等)
滞在予定期間	<b>20〇〇</b> 年 <b>4</b> 月から 年 月頃まで	

町田市記入欄 受付日	担当	受付番号
---------------	----	------

※町田市の契約医療機関（インフルエンザは八王子市・日野市・多摩市・稲城市の契約医療機関を含む）の医師が接種する場合は記入不要（依頼不要）です。

# 予 防 接 種 依 頼 願

町田市長 様

申請者（被接種者）氏名：
--------------

**【注意】**  
 ※親族、成年後見人が代理で申請する場合、こちらも記入して下さい。  
 ※施設の方は代理人になれません。

代理人（親族等）氏名：	
続 柄	：
住 所	：
電 話 番 号	：

施設入所中のため、予防接種を自らの意思により希望しますので、予防接種依頼書の発行をお願いします。

記

予防接種名		
接種予定日	年 月 日 頃	
被接種者氏名		
生年月日	年 月 日 生（ 歳）	
被接種者 住民登録地 /電話番号	町田市	
	TEL	
医療機関/施設住所 名称・電話番号		
	TEL	
施設種別 (いずれかに○)	・ 指定介護老人福祉施設 ・ 指定介護療養型医療施設	・ 介護老人保健施設 ・ 介護医療院
依頼理由	施設入所のため	
依頼書等の発送先 (どちらかに○)	施設宛 (被接種者の居所)	申請者宛 (親族等)
滞在予定期間	年 月 から 年 月頃まで	

町田市記入欄 受付日		担当		受付番号
---------------	--	----	--	------

※町田市の契約医療機関（インフルエンザは八王子市・日野市・多摩市・稲城市の契約医療機関を含む）の医師が接種する場合は記入不要（依頼不要）です。