

令和3年度 高齢者インフルエンザ予防接種依頼書交付申請書 [個人用]

申請日	令和 年 月 日			
被接種者	住所	杉並区		
	氏名			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	電話番号	(日中の連絡先)		
申請者	住所	※申請者が被接種者以外の場合に記入 〒 —		
	氏名		続柄	
	電話番号	(日中の連絡先)		
申請理由	1 施設入所中 2 入院中 3 その他 ()			
入所施設・入院医療機関・その他の名称・住所	名称			
	住所	〒 —		
接種医療機関	医療機関名			
	医療機関の所在自治体	() 都・道・府・県 () 市・区・町・村 ※上記自治体の予防接種担当部署に、費用や手続き方法についてご確認ください。 杉並区では接種費用の払い戻し(償還払い)を行っていません。		
依頼書	宛名	1 自治体長 2 接種医療機関 3 その他 ()		
	送付先	1 被接種者 2 申請者 3 入所施設・入院医療機関 4 自治体 5 その他 ()		
	4・5の住所	〒 — 4の部署名 ()		

接種予定日の2週間前までに、郵送または持参でご提出ください。

【提出先】〒167-0051 杉並区荻窪5-20-1 杉並保健所 保健予防課 高齢者インフルエンザ担当 宛
電話03-3391-1025

杉並区 確認欄	受付日	発送日	担当者	受付番号
	/	/		