

高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症予防接種
予診票(交付・再交付・依頼書作成)申請書

被接種者名			生活保護または 中国在留邦人等支援の受給	有 ・ 無		
生年月日	大・昭	年	月	日	接種時年齢	歳
住 所	加須市					
電話番号	— —		携帯	— —		
※居住地	施設名 所在地					
今年度未接種のため、次のとおり予診票の交付・再交付を申請します。 なお、重複接種の場合は、接種費用を全額自己負担します。 令和 年 月 日 申請者が被接種者と異なる場合は以下をご記入ください。 申請者氏名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 被接種者との関係 _____						
希望する予診票	接種予定の医療機関・施設名					
☐ インフルエンザワクチン	市内 ・ 市外 (古河市含む) 住所 電話					
☐ 新型コロナワクチン	市内 ・ 市外 (古河市含む) 住所 電話					
申請理由	☐ 市外接種 ☐ 紛失 ☐ 転入 ☐ その他()					

未接種確認	☐ 健康かるて ☐ 口頭 ☐ その他()					
交付方法	☐ 窓口 ☐ 郵送					
交付場所	☐ いきいき健康医療課 総合支所(☐ 騎西 ☐ 北川辺 ☐ 大利根)					
			受付者		確認者	