

年 月 日

高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス
予防接種 (60 歳以上 65 歳未満) 申請書

湖 南 市 長 あて

(申請者) 住所 〒

氏名

電話番号

被接種者との続柄

下記の予防接種を希望しますので、身体障害者手帳等の写しを添えて、下記のとおり
委任状の発行を申請します。

記

| | | |
|-------------------------------|------|---|
| 希望する予防接種 ※希望する予防接種に✓してください | | <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス |
| 被接種者 | 住 所 | 滋賀県湖南市 |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 申 請 理 由 | | 接種日において満 60 歳以上 65 歳未満で、心臓・腎臓等の 機能障害を有するため |
| 委 任 期 間 | | 高齢者インフルエンザ： 年 月 日まで 新型コロナウイルス： 年 月 日まで |
| 接 種 場 所 | | |

この申請に関して医療機関等への照会を行うこと、申請者の住所等に関する公簿を閲覧す
ることについて同意します。

氏名 _____