令和８年度　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指定外医療機関接種申請書（個人用）

※与謝野町役場保健課に提出してください。　　申請日：令和　　年　　月　　日

予防接種を受ける人	ふりがな			
	氏　名			
	住　所	与謝野町字 （電話　　）		
	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日（満　　歳）		
予防接種を受ける医療機関	病院又は施設名			
	病院又は施設長名			
	住　所	〒 （電話　　）		
希望する予防接種（○をしてください）		・高齢者インフルエンザ　・新型コロナウイルス感染症		
上記医療機関で受ける理由				
予防接種を受ける人は生活保護世帯ですか		はい ・ いいえ		
生活保護世帯の方は、京都府交付の保護決定通知書はありますか		はい ・ いいえ	⇒「いいえ」の場合、生活保護世帯かどうか町保健課が確認することに同意しますか。⇒ はい ・ いいえ （※生活保護世帯の確認には、時間がかかります。）	
申請者	ふりがな		予防接種を受ける人との続柄	
	氏　名			
	住　所	〒		
	電話番号			

町保健課から確認や問合せが必要な場合の連絡先（該当する番号に○をしてください。③の場合は電話番号を記入）

1. 予防接種を受ける人と同じ　　2. 申請者と同じ　　3. その他：電話番号〔　　〕

予診票等の必要書類送付について（該当する番号に○をしてください。）

⑴　接種医療機関等に予診票を含めて全ての必要書類を町から直接送付希望

⑵　接種医療機関等に予診票は持参するが、その他の必要書類を町から直接送付希望

⇒送付先：① 予防接種を受ける人宛て　② 申請者宛て

③ その他の送付先　　住 所 〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

あて先（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話＿＿＿＿＿＿＿＿

⑶　接種医療機関等に書類の送付希望なし

⇒　具体的な受取り方法：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お願い：依頼書送付には、申請受領後、数日かかります。ご了承ください。