

# 「高齢者インフルエンザ予防接種依頼書」発行申請表

## 【事前に、接種予定の医療機関がある自治体へ必ずご確認ください】

- ①接種費用を負担してくれるか(相手先の自治体が接種費用を負担しない場合には全額自己負担になります)
- ②依頼書の宛名、送付先について(自治体によって異なります)

- ・予防接種を小金井市以外(一部を除く)で接種する場合には、相手先の自治体に依頼書を発行する必要があります。発行しない(受理してもらえない)場合には、定期接種の取扱いになりません。(全額自己負担になります。)
- ・小金井市では、自費で接種した場合の接種費用払い戻しは行っておりません。

被接種者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年	月 日生
	住所	小金井市	町 丁目 番 号
申請者	氏名	(被接種者との関係 )	
	住所		
	電話番号	—	—
滞在先住所 ※被接種者の住所が異なる場合			
滞在先電話番号		—	—
接種医療機関 ※嘱託医が接種する場合は医師の所属医療機関名	名称		
	住所		
	電話番号	—	—
依頼書の宛名		※例:〇〇市長、〇〇病院長	
依頼書送付先		滞在先 自宅 その他( )	
発行理由			
備考			