

様式第1号（第6条関係）

三木市高齢者インフルエンザ予防接種
協力医療機関以外接種申請書

年 月 日

三木市長 様

被接種者は、(①施設等に入所又は入院しているため ②主治医の指導により協力医療機関以外の医療機関で接種するため)、三木市が指定した協力医療機関において、高齢者インフルエンザ予防接種が受けられませんので、三木市高齢者インフルエンザ予防接種経費に係る施設入所者等への助成事業実施要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

被 接 種 者	住 所	〒 ー		
	氏 名	◎		
	生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	(歳)
	電話番号	()		
申 請 者	住 所	〒 ー		
	氏 名	◎		
	電話番号	()		
	被接種者との続柄			
施 設 等	施設・医療機関名			
	所在地	〒 ー		
	電話番号	()		
※	決 定	承認 ・ 不承認	決定年月日	年 月 日

(注意事項)

- 1 被接種者と申請者が異なる場合は、「申請者」欄に必要事項を記入してください。
- 2 ※欄には、記入しないこと。