

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送付申請書
【施設等入所者用】

富士見市長 宛

代理申請をする施設名 _____
住 所 _____
担当者氏名 _____
電 話 番 号 _____

標記の件について、予診票の受け取りを希望するため、別紙のとおり申請します。

注1. 本申請書にて申請できるのは、次の全てに該当する方となります。

- ①接種日において富士見市に住民登録があること
- ②本人及び家族に、**高齢者インフルエンザおよび新型コロナウイルス感染症予防接種の接種及び代理申請の了解が得られていること**
- ③市の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接種の対象者[※]であること

※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対象者

- ・接種日において満 65 歳以上の希望者
- ・接種日において満 60 歳以上 65 歳未満で、一定の障害を有する希望者

注2. 接種後は、接種を実施した医療機関から市に請求してください。

別紙の「接種対象者一覧表」とあわせて提出してください。

問合せ・提出先

富士見市健康増進センター 保健予防係

〒354-0021 富士見市大字鶴馬 3351-2

電話:049-252-3771 FAX:049-255-3321

(別紙) 接種対象者一覧表

施設名:

枚目 / 枚目中

接種を実施する医療機関:

	対象者氏名	住民登録のある住所	生年月日	対象の理由	本人・家族の 同意の有無	接種を希望する予防接種	
						インフル	新型コロナ
(例)	富士見 増進	富士見大字鶴馬3351-2	昭和34年10月1日	①	同意あり	○	○
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

※対象の理由: ①接種日において満65歳以上の希望者 ②接種日において満60歳以上65歳未満で、一定の障害を有する希望者
上記①、②のいずれか該当する番号