

高齢者インフルエンザ予防接種「他市依頼書」発行申込書（高齢者施設一括申請用）

対象者 (※申込前に対象であることを ご確認ください)	65歳以上の方 芦屋市に住民票があること		
接種希望者	人	※必須 別紙希望者名簿のとおり (氏名、性別、生年月日、年齢、住所)	
施設名			
申請者			
施設住所	〒		
電話番号			
接種を希望する医療機関名	<input type="checkbox"/> 施設名と同じ	施設名と異なる場合は、記入してください	
接種する医療機関の 住所と電話番号	<input type="checkbox"/> 施設名と同じ	施設名と異なる場合は、記入してください TEL:	

※来所の場合は①は窓口で提示、②はコピーをご持参ください。
 郵送の場合は①②のコピーを同封ください。返信用封筒は角2サイズ以上で切手を貼付ください。
 (切手の金額はホームページをご参照ください。)

①申請者の本人確認書類	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(番号部分不要) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証		
②接種希望者の本人確認書類 (接種希望者全員分)	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(番号部分不要) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証(上記書類が提出できない場合のみ)		

以下は職員が記入しますので、記載不要です。

共通事項	<input type="checkbox"/> 対象年齢(発行当日65歳以上)		<input type="checkbox"/> 発行履歴(別紙)		<input type="checkbox"/> 接種歴(別紙)	
<input type="checkbox"/> 6市1町	<input type="checkbox"/> 医療機関	医療機関名()				
<input type="checkbox"/> 広域	<input type="checkbox"/> 医療機関	医療機関名()		医療機関NO.()		
<input type="checkbox"/> 県外	<input type="checkbox"/> 医療機関	医療機関名()		<input type="checkbox"/> 償還払い案内		
受理方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送	発行	確認	受付		

別紙

高齢者インフルエンザ予防接種「他市依頼書」発行 希望者名簿

(施設名: _____)

No	氏名	性別	生年月日	年齢	住所(住民票がある住所)	※職員記入欄	
						発行	接種
1					芦屋市 町 番 号		
2					芦屋市 町 番 号		
3					芦屋市 町 番 号		
4					芦屋市 町 番 号		
5					芦屋市 町 番 号		
6					芦屋市 町 番 号		
7					芦屋市 町 番 号		
8					芦屋市 町 番 号		
9					芦屋市 町 番 号		
10					芦屋市 町 番 号		
11					芦屋市 町 番 号		
12					芦屋市 町 番 号		
13					芦屋市 町 番 号		
14					芦屋市 町 番 号		
15					芦屋市 町 番 号		