様式第2号（第7条関係）

恵庭市予防接種（市外）申込書

私は、次の理由により、市外の医療機関において予防接種を希望しますので、申込みします。

※該当する理由をチェック願います。　なお、下記理由以外は市外の医療機関で接種することはできません。

□入院中のため　　□入所療養中のため　　□在宅医療機関による接種のため

年　　月　　日

恵庭市長　　様

記

1 **申 込 者**

住　所	恵庭市			性　別	男　・　女
氏　名		生年月日	年　月　日 生	（満　歳）	

希望する予防接種名　※希望する予防接種名の左欄に○を付してください。

	①　高齢者等インフルエンザ	接種予定日	
	②　高齢者肺炎球菌	接種予定日	
	③　高齢者等新型コロナウイルス感染症	接種予定日	

2 **入院医療機関・入所施設**

郵便番号		住　所			
名　称			代表者名		
担当部署		担当者名		電話番号	

（内線：　　）

3 **接種実施医療機関**

郵便番号		住　所			
名　称			代表者名		
担当部署		担当者名		電話番号	
接種料金	①　円　（税込額）	（内線：　　）			
	②　円　（税込額）				
	③　円　（税込額）				
指定口座	金融機関名	支店名	口座の種類		
			普通　・　当座		
	口座番号	口座名義人（カタカナで記入）			

4 **関係書類の希望送付先**　※希望する送付先の左欄に○を付してください。

	入所施設		医療機関		申込者

《 注 意 事 項 》

1．本申込書に基づき恵庭市から送付する予防接種依頼書の宛先は、接種実施医療機関となりますので、入院医療機関・入所施設と接種実施医療機関が同一の場合であっても、必ず接種実施医療機関の各項目を記入してください。

2．接種料金が恵庭市の基本料金と異なる場合が想定されます。この場合、恵庭市負担額や自己負担額をあらかじめお知らせするなどの調整が必要となりますので、必ず接種実施医療機関の接種料金を記入してください。

3．依頼書、予診票、請求書用紙等関係書類の送付先を把握するため、必ず希望送付先を記入してください。