

令和7年度

定期予防接種他市区町村依頼交付申請書（B類疾病）

他市

安城市長

安城市で実施する予防接種を、他市区町村の医療機関に依頼する。なお、接種予定の医療機関には、事前に接種の依頼を提出し、接種の日程を確認し、了解を得る。

記入例

希望する場合は、接種の日程を確認し、了解を得る。

消せるペン使用不可
修正液の使用不可

※該当し、又は希望する□に☑を付けてください。

● 年 ● 月 ● 日

申請者 (被接種者又はその法定代理人)	ふりがな 氏名	あんじょう けんこ 安城 健子		続柄 (本人)
	住所	〒446 - 0045 安城市横山町下毛賀知106番地1 電話 (●●● - ●●●● - ●●●●)		
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな 氏名	☑申請者と同じ。 同じでない場合は、記入してください。		
	生年月日	□明治 □大正 ☑昭和 ●●年4月10日 (65 歳)		
	住民登録のある住所	☑申請者と同じ。 同じでない場合は、記入してください。 〒 - 安城市		
滞在先 (被接種者住所と同じであれば、記入不要)	住所:	〒●●● - ●●●● △△県▲▲市○○区●丁目◇◇番地 医療機関・施設名: 特別養護老人ホーム○○○ 電話 (●●●● - ●● - ●●●●)		
滞在予定期間	□予定あり (年 月頃まで) ☑未定			
予防接種の種類 ※希望するワクチンに☑を付けてください。	□高齢者肺炎球菌 (ニューモバックスNP)			
	□高齢者インフルエンザ ※申請期間は、9月下旬～1月初旬			
	□高齢者新型コロナウイルス感染症 ※申請期間は、9月下旬～2月初旬			
	☑高齢者带状疱疹 [□生ワクチン (ビケン) (1回のみ) ☑組換えワクチン (シングリックス): ☑1回目 ☑2回目]			
接種する医療機関	□滞在前の医療機関と同じ。 同じでない場合は、記入してください。 医療機関名: △△病院 所在する市町村名: △△市 電話 (●●●● - ●● - ●●●●)			
申請理由	□長期入院治療 ☑高齢者施設入所 □在宅医療 □その他 ()			
依頼書等送付先	☑申請者住所 □被接種者住所 □滞在先住所 □窓口交付			

《添付書類》安城市予防接種予診票兼接種券 □有 □無
法定代理人の資格を証明する書類 □有 □無

《注意事項》

- ・申請書は、必ず予防接種を受ける2週間前までに提出してください。
- ・予防接種を受けるには、申請後に市が交付する「予防接種依頼書」が必要です。
- ・各医療機関によって自己負担額が異なります。
- ・申請は年度ごとに必要です。翌年度の分は4月以降に改めて申請してください。
- ・個人負担金の免除を受けられる方は、「個人負担金の決定に関する届出書」を併せて提出してください。

《問合せ・申請書提出先》

安城市保健センター（予防接種担当）

〒446-0045 愛知県安城市横山町下毛賀知106番地1 電話：0566-76-1133

氏名	安城 貴太郎
続柄	長男
住所	〒●●● - ●●●● △△県▲▲市○○区●丁目◇◇番地
連絡先	●●● - ●●●● - ●●●●

手続きをされる方の氏名等をご記入をお願いします。
※申請者と同一の場合は、記入不要です。

<事務処理欄>

受付者: