

定期予防接種他市区町村依頼交付申請書 (B類疾病)

記入例

[ご記入にあたって]

消せるペン及び修正テープ等は使用できません。内容の訂正は、二重線で訂正してください。3月末までの分が申請できます。翌年4月以降の分は改めて申請してください。

内容を確認の上、✓を入れてください。



てください。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請者	ふりがな	あんじょう かんたろう	
	氏名	安城 貫太郎	
	住所	〒 446-0045 安城市横山町下毛賀知106番地1 電話 (0566-76-1133)	
被接種者 (予防接種を受ける人)	ふりがな	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ。 ※同じでない場合は、記入してください。	
	氏名		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 〇〇 年 4 月 2 日 (65 歳)	
	住民登録のある住所	<input checked="" type="checkbox"/> 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:	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇番地 医療機関・施設名: 特別養護老人ホーム〇〇〇〇 電話 (〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)	
滞在予定期間	<input type="checkbox"/> 予定あり ( 年 月頃まで )		<input checked="" type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌		
	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ		
	<input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス感染症		
	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹	<input type="checkbox"/> 生ワクチン (ビケン) (1回目のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 組換えワクチン (シングリックス) : <input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input checked="" type="checkbox"/> 2回目	
接種する医療機関	<input type="checkbox"/> 滞在中の医療機関と同じ。 同じでない場合は、記入してください。 医療機関名: 〇〇〇〇病院 所在する市町村名: 〇〇市 電話 (0123-4567-8910)		
申請理由	<input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> 在宅医療 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
依頼書等送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 窓口交付		

被接種者名を記入してください。なお、成年後見人等の法定代理人がいる場合は、法定代理人の氏名を記入ください。

続柄 (本人)

(被接種者住所と同じであれば、記入不要)

※希望するワクチンに☑を付けてください。

※申請者と同一の場合は、記入不要です。

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

記入不要

《注意事項》

- 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。
- 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。

申請者以外の方が手続きをされる場合、ご記入ください。

手続きをされる方の氏名	安城 太郎	続柄	長男
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇丁目〇番地		
連絡先	090-1234-5678		

《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

<事務処理欄>  
受付者: