

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。

記入してください。

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		
	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	☐ 大正 ☐ 昭和 〇〇 年 4 月 2 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：	〒 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	☐ 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		
	☒ 高齢者インフルエンザ		
	☐ 高齢者新型コロナウイルス感染症		
	☐ 高齢者带状疱疹	☐ 生ワクチン（ビケン）（1回目のみ） ☐ 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	☐ 滞在中の医療機関に同じ。 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	☐ 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》

- 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	続柄 安城 太郎 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