

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し、接種を受けることをご希望する方へ、
なお、接種予定の医療機関には、事前に接種を受けたい旨を連絡し、確認をお願いします。

記入例

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 けんたろう 安城 健太郎 続 柄 (本人)
	住 所	〒●●●-●●●● 安城市桜町18番23号 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。 あんじょう けんたろう 安城 健太郎
	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☒ 昭和 ● 年 ● 月 ● 日 (●● 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：	〒●●●-●●●● △△市○○町○○番地1
	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 ☐ 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。翌年度の方は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

続柄

住所

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。

<事務処理欄>

受付者：