

記入例

受付番号

令和 8年 4月 1日

尾張旭市長 殿

〒488-0000

申請者 住所 尾張旭市〇〇町〇丁目〇〇番地

★申請者が本人以外の場合、申請者の情報と続柄を記入

氏名 尾張 一郎

続柄 (本人)

電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

尾張旭市予防接種実施依頼書交付申請書 (B類疾病)

尾張旭市予防接種費用助成金交付申請書と併せて、予防接種を受けたいので、予防接種

★施設職員の方が申請する場合は、所属がわかるもの(写真付き職員証等)と「委任状」が必要

予防接種	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ 希望するワクチン種類に○ 標準量・高用量	<input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上(標準量の場合)	<input type="checkbox"/> 接種日に75歳以上(高用量の場合)	<input type="checkbox"/> 接種日に60~64歳の身体障害者手帳1級程度
	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 接種日に65歳	<input type="checkbox"/> 接種日に60~64歳の身体障害者手帳1級程度	
	<input checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹 希望するワクチン種類に○ シングリックス・ピケン	<input checked="" type="checkbox"/> 今年度65.70.75.80.85.90.95.100歳	<input type="checkbox"/> 接種日に60~64歳の免疫機能障害(身体障害者手帳1級程度)	
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス ウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上	<input type="checkbox"/> 接種日に60~64歳の身体障害者手帳1級程度	
フリガナ	アサヒ タロウ		大	昭
被接種者氏名	旭 太郎		36年	4月 2日
			(満	65 歳)
希望する医療機関	〇〇〇〇 医院		医療機関所在地	〇〇〇〇 市町村
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ(※□内にレ点のみで可)			
※住民登録のある所を記入	〒488-〇〇〇〇 尾張旭市 〇〇町〇丁目〇〇番地		申請者と同じ場合は、□にチェック(住所は記入不要)	
居所 ※上記の住所と異なる場合のみ記入	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇丁目〇〇番地		施設等に入所中の場合は、住所・施設名・施設の連絡先を記入	
事由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 2 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 3 高齢者施設入所 <input type="checkbox"/> 4 その他()			

※下欄は記入しないでください。

該当する□にチェック

(起案) 令和 年 月 日 (決裁) 令和 年 月 日 (発行) 令和 年 月 日

上記、申請者に対して予防接種依頼書を交付してよろしいか。(伺い)

課長	課長補佐	係長	係	確認事項
				<input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 予防接種台帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等級 <input type="checkbox"/> 生活保護受給

