

大和高田市高齢者定期予防接種依頼書発行申請書(県外用)
作成例・表面

県外用

様式助②

県外 No.()

依頼年月日 令和〇年△月□日

申請日は記入
日をそのまま
記入してくだ
さい。

大和高田市長 宛

大和高田市高齢者定期予防接種依頼書発行申請書(県外用)

予防接種法に基づき大和高田市が実施する定期予防接種を都合により受けることができないので、次の
とおり予防接種依頼書を発行してください。

申請者	氏名	高田 太郎	
	連絡先電話番号	0745-23-6661	
	被接種者との続柄	① ☐ 本人 ☒ 親族(配偶者・ <u>子</u> ・孫・兄弟姉妹) ☐ その他() ② ☐ 本人 ☐ 親族(配偶者・子・孫・兄弟姉妹) ☐ その他() 親族以外の方が申請する場合は裏面「委任状」に記載が必要です	
	被接種者本人以外の方(親族に限る)が申請される場合において、 <u>ご本人は</u> この申請に同意していますか。	☒ はい ☐ いいえ	
	被接種者本人は、予防接種を受けることに同意していますか。 なお、「いいえ」の場合には定期予防接種の対象にはなりません。	☒ はい ☐ いいえ	

被接種者	氏名 ☐ 申請者と同じ	高田 一郎	
	住所	大和高田市 西町1番45号	
	生年月日	大正昭和 <u>〇</u> 年△ 月 □ 日(満68歳)	
	依頼理由	☐ 入院 ☒ 入所 ☐ かかりつけ医 ☐ その他()	
	予防接種の種類	☒ 高齢者インフルエンザ ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 帯状疱疹(希望するワクチンに✓を記入) ・ ☐ 生ワクチン ☐ 不活化ワクチン ※ワクチンの種類を変更する場合は再申請	

带状疱疹のワ
クチンを変更
する場合は再
申請が必要に
なります。

予防接種の依頼先	医療機関名 (所属 医師名)	大阪病院
	住所	〒 530-0000 大阪府大阪市中央区
	電話番号	06-6267-0000

予防接種を受
ける県外の医
療機関を記入
してください。

予診票・依頼書の送付先	送付先	申請者(代理人)・ <u>高齢者等施設</u> ・医療機関・その他()※
	送付先機関名	介護老人保健施設 大阪
	送付先住所	〒 530-0000 大阪府大阪市中央区
	※申請者(代理人)以外の場合は、送り先に連絡をお願いします。	

大和高田市高齢者定期予防接種依頼書発行願(県外用)
作成例・裏面

委任状

大和高田市長 宛

委任者（被接種者） 氏名 高田 太郎 高田印 （自署）

私は、以下の者を代理人と定め、大和高田市高齢者定期予防接種依頼書発行願に係る権限を委任します。

代理人（受任者） 氏名 高田 一郎
委任者（被接種者）との関係（続柄） 子

なお、代理人による申請の場合は、「①代理人の本人確認書類」と「②委任者（被接種者）の本人確認書類（コピー可）」が必要です。

予防接種を受けるご本人
(被接種者)の
自署と押印が
必要です。自
署が困難であ
る場合は、市
健康増進課
(保健セン
ター)職員に
ご相談くださ
い。

ここから下は職員記入欄です。記入しないでください。

本人確認書類	申請者	被接種者
顔写真入り （１種類）	・運転免許証（運転経歴証明書含む） ・パスポート ・マイナンバーカード ・住民基本台帳カード（写真つき） ・身体、精神障害者保健福祉手帳 ・その他（ ）等	・運転免許証（運転経歴証明書含む） ・パスポート ・マイナンバーカード ・住民基本台帳カード（写真つき） ・身体、精神障害者保健福祉手帳 ・その他（ ）等
顔写真なし （２種類）	・年金手帳 ・健康保険証 ・介護保険証 ・後期高齢者医療証 ・マイナンバー通知カード ・生活保護受給者証 ・その他（ ）	・年金手帳 ・健康保険証 ・介護保険証 ・後期高齢者医療証 ・マイナンバー通知カード ・生活保護受給者証 ・その他（ ）

職員が記入する欄です。

確認者