

大和高田市高齢者定期予防接種承認交付申請書・市外用 (作成例・同一世帯)

市外用

様式県②

申請日 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承認交付申請書(市外用)

予防接種法に規定する市長が行う定期予防接種を市内で受けることができないため、予防接種依頼書を予診票欄外記入方式により発行していただきたく、次のとおり申請します。なお、県外での定期予防接種は「大和高田市高齢者予防接種依頼書発行願」による申請が必要です。

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 ② 夫	同一世帯以外の方が申請する場合は裏面「委任状」に記載が必要
	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。		

被接種者①	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	大和高田市 西町1番45号		
	生年月日	大正・昭和 ○年△月□日 (満68歳)		
	申請理由	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他()		
	申請内容	(医療機関名) 檀原医院 (市町村名) 檀原市	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	

申請理由にお困りの場合は、市健康増進課(保健センター)職員にお聞きください。

予防接種を受ける市外の医療機関を記入してください。

被接種者②	氏名	高田 花子		
	住所	大和高田市 西町1番45号		
	生年月日	大正・昭和 ○年△月□日 (満66歳)		
	申請理由	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他()		
	申請内容	(医療機関名) 奈良医院 (市町村名) 奈良市	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	

予防接種を複数接種する場合は該当する予防接種の□に✓を記入してください

大和高田市高齢者定期予防接種承認交付申請書・市外用 (作成例・同一世帯以外) 表面

市外用

様式県②

申請日 令和 ○年△ 月□ 日

大和高田市 宛

申請日は記入日
をそのまま記入
してください。

大和高田市高齢者定期予防接種承認交付申請書(市外用)

予防接種法に規定する市長が行う定期予防接種を市内で受けることができないため、予防接種依頼書を予診票欄外記入方式により発行していただきたく、次のとおり申請します。なお、県外での定期予防接種は「大和高田市高齢者予防接種依頼書発行願」による申請が必要です。

申請者	氏名	高田 一郎		
	連絡先電話番号	090-△△△△-□□□□		
	被接種者との続柄	① 子	② 子	同一世帯以外の方が申請する場合は裏面「委任状」に記載が必要
	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。			
				<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

被接種者①	氏名	□申請者と同じ 高田 太郎		
	住所	大和高田市 西町1番45号		
	生年月日	大正 昭和 ○年△ 月□ 日 (満 68 歳)		
	申請理由	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他()		
	申請内容	(医療機関名) 榎原医院 (市町村名) 榎原市	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	
	(医療機関名) 香芝病院 (市町村名) 香芝市	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症		

申請理由にお困りの場合は、市健康増進課(保健センター)職員にお聞きください。

予防接種を受ける市外の医療機関を記入してください。

被接種者②	氏名	高田 花子		
	住所	大和高田市 西町1番45号		
	生年月日	大正 昭和 ○年△ 月□ 日 (満 66 歳)		
	申請理由	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他()		
	申請内容	(医療機関名) 奈良医院 (市町村名) 奈良市	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症	
	(医療機関名) (市町村名)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症		

予防接種を複数接種する場合は該当する予防接種の□に✓を記入してください

大和高田市高齢者定期予防接種承認交付申請書・市外用 (作成例・同一世帯以外) 裏面

委任状

大和高田市長 宛

委任者(被接種者①) 氏名 高田 太郎 (自署)
 委任者(被接種者②) 氏名 高田 花子 (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承認交付申請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①) との関係(続柄) 子
 委任者(被接種者②) 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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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)	<ul style="list-style-type: none"> ・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 たかだ たろう ・生活保護受給者証 ・その他() 	<ul style="list-style-type: none"> ・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		
-----	--	--