

申請日 令和 年 月 日

大和高田市 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		
	連絡先電話番号		
	被接種者との続柄	①	② 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 type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住所	大和高田市	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	
	申請理由	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他()	
	申請内容	(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
(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	
被接種者②	氏名		
	住所	大和高田市	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	
	申請理由	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> その他()	
	申請内容	(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
(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	

委任状

大和高田市長 宛

委任者（被接種者①）氏名 _____ 印（自署）
委任者（被接種者②）氏名 _____ 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 _____
委任者（被接種者①）との関係（続柄） _____
委任者（被接種者②）との関係（続柄） _____

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。

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・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（ ）

確認者		
-----	--	--