

予防接種依頼書交付申請書（B類疾病）

荒川区長 殿



令和 年 月 日

下記のとおり予防接種を受けたいので依頼書の交付を申請します。

○予防接種に関する内容（接種者や接種場所等）

被接種者 ()	氏 名	フリガナ アラカワ タロウ 荒川 太郎	男・女 男	生年月日	明治 大正 昭和 11年 1月 1日
	住 所	荒川 2 丁目 11 番 1 - 101 号 TEL 03 (1111) 1111			
申請者 ()	氏 名	老人保健施設 事務 ○○ 被接種者との関係 施設職員			
	住 所	東京都 ○○ 市 丁目 □ 番 □ 号 TEL 03 (1234) 5678			
予防接種の種類 接種予定日 (複数選択可)	☑高齢者インフルエンザ 令和 7 年 10 月 20 日		☑新型コロナワクチン 令和 7 年 11 月 7 日		
	□带状疱疹 年 月 日		□高齢者肺炎球菌 年 月 日		
依頼理由 滞在先	理 由	☑施設入所中 □入院中 □その他()			
	施設名称	老人保健施設 ○○			
	住 所	東京都 ○○ 市 丁目 □ 番 □ 号			
接種実施 医療機関	名 称	○○病院			
	住 所	埼玉県 ○○ 市			

○接種依頼書に関する内容

依頼文の宛名	老人保健施設 ○○ 苑、 市長 等			
依頼文書 郵送先	氏 名 (名 称)	老人保健施設 ○○ 苑 担当 ○○ 市町村・施設・病院の場合は担当部署と担当者名も記入してください。		
	住 所	(〒 123 - 4567) 東京都 ○○ 市 丁目 □ 番 □ 号 TEL 03 (1234) 5678		

○助成金申請に関する内容

助成金文書 郵送先	☑ 上記（依頼文書郵送先）と同様	
	氏 名 (名 称)	市町村・施設・病院の場合は担当部署と担当者名も記入してください。
	住 所	(〒 -) TEL ()

() 被接種者、申請者、滞在先の施設等に滞在していることが確認できる書類を添付してください。

- 例 被接種者：保険証、免許証、パスポート、マイナンバーの顔写真側表面等
申請者：(病院や施設の職員等)入院・施設先の職員証や在籍証明書等
(成年後見人等)登記事項証明書等
(親族等)保険証、免許証、パスポート、マイナンバーの顔写真側表面等
滞在先：施設に滞在していることを証明できる書類(入所届出書、入院証明書等)