

記入例 及び 注意いただくこと
(被接種者の家族が記入する場合)

略票交付申請書 (高齢者用)

令和 〇 年 〇 月 〇 日

該当するものに☒印申請者(被接種者との関係) : ☒本人 ☐成年後見人 ☐申請受
(〒〇〇〇 - 〇〇〇〇)

申請書を記入した日付

住所 岡崎市若宮町〇丁目〇番地 △△アパート

氏名(署名又は記名押印) 岡崎 太郎 電話 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

該当するものに☒印

電話番号は日中に連絡の取りやすい番号をご記入ください。書類に不備があった場合等にご連絡します。

代筆者	被接種者の関係	☒ 家族(続柄 子) ☐ 施設代	
	氏名 (施設名及び代表者役職氏名)	岡崎 花子	電話番号 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	代筆の理由	☒ 身体的事情 ☐ 認知症 ☐ その他 ()	
	接種の本人意思	☒ 本人意思あり ☐ 本人意思を汲み取れた	

予防接種を受ける本人が自署できない理由に☒印愛知県広域予防接種事業に協力する医療機関にて接種することを希望するため、下記の医療機関に☒印を付けてください。

予防接種を受ける本人

記

被接種者	フリガナ	オカザキ タロウ	生年月日	□大正 ☒ 昭和 〇年 〇月 〇日 (〇歳)
	氏名	岡崎 太郎		
	住所	☒ 申請者と同じ(異なる場合は記入してください) 岡崎市		
希望する予防接種	☒ インフルエンザ ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 新型コロナ ☒ 带状疱疹→(□生ワクチン・ ☒ 不活化ワクチン)			
市外で接種する理由	□かかりつけ医 ☐ 長期入院治療 ☒ 施設入所 □その他 ()			

被接種者の住民票の住所

現在ご本人が滞在している場所

△△クリニック
名古屋市

予防接種を担当する医師が所属する医療機関名をご記入ください。

なお、入所施設で接種される場合、施設名を記入しないようご注意ください。

滞居先住所(電話) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 ☒被接種者住所と同じ
名古屋市〇〇区〇〇丁目〇〇

(電話 〇〇〇)

代筆者住所に送付を希望する場合のみ、代筆者の住所を記入してください。

代筆者住所
※代筆者住所への送付を希望する場合に記入平成 ☒令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日申請者住所 ☐被接種者住所 ☒滞在先住所 ☐代筆者住所 ☐窓口交付

※裏面に記載

予防接種の自己負担額の判定には、同意書に署名が必要となりますので、ご記入ください。

添付いただく書類については裏面を必ずご確認ください。

以降の予
覧することに同意します。

(署名又は記名押印) 岡崎 太郎

氏名 岡崎 花子 続柄 子

【申請に必要なもの】

該当する欄に記載の必要なものを申請書に添付し提出してください。
また、該当箇所に☑印を付けてください。

この欄に記載された必要なものを申請書に添付し提出してください。
また、受理されないことがありますのでご注意ください。

区分	該当するかた	必要なもの
申請者	① 被接種者本人が申請	☐申請する予防接種の接種券
	② 成年後見人が申請	☐申請する予防接種の接種券 ☐成年後見人の身分証明書 ※1 ☐成年後見人であることが分かるもの (登記事項証明書の写しなど)
代筆者	③ 被接種者の家族が代筆	☑申請する予防接種の接種券
	④ 施設代表者が代筆	☐申請する予防接種の接種券 ☐担当者の身分証明書 ※1 ☐担当者が施設の職員であることが分かるもの ※2
	⑤保佐人、補助人、身元保証人が申請又は代筆	担当のワクチン接種推進室までご連絡ください。

※①～⑤以外のかたが申請又は代筆する場合は、担当のワクチン接種推進室までご連絡ください。

※1 身分証明書は顔写真付きの場合は1枚、顔写真なしの場合は2枚提出してください。
(例) 顔写真付きの身分証明書…運転免許証、住民票記載の身分証明書
顔写真なしの身分証明書…国民健康保険証、マイナンバーカード

①～⑤以外のかたが申請又は代筆する場合、被接種者との関係によって添付いただく書類が異なりますので、担当までご連絡ください。

なお、郵送により提出する場合は、身分証明書の写しを添付してください。窓口で申請する場合は、身分証明書の原本又は写しを提示してください。

※2 名刺、職員証の写しなど。

以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

〒444-8545 岡崎市若宮町2丁目1番地1
岡崎市保健所ワクチン接種推進室
(TEL : 0564-23-6714 FAX : 0564-23-6621)

※事務処理欄 (申請の際は記入不要です。)

本人確認 (1点)	本人確認 (2点)
免許証	保険証・年金手帳
マイナンバー	医療受給者証・診察券
他 ()	他 ()
施設職員であることが分かるもの	
担当者 ()	

確認項目	☑
岡崎市民	☐
同意日入力	☐
【課税・非課税】	

受取日	令和 年 月 日
受取者氏名	
被接種者との関係	
連絡先	
確認書類	☐身分証明書 (免許証・マイナンバー・その他) (☐施設職員であることが分かるもの)