

愛知県外または愛知県内の愛知県広域予防接種事業の協力医療機関以外で接種されるかたへのご案内

接種前に岡崎市への事前申請が必要となりますので、お手続きをお願いします。
接種の流れは下記のとおりです。

※いま行っていていただく必要があるのは、①の手順です。

① 同封の「高齢者予防接種依頼申請書」を提出します

申請書を受理してから②の文書発行までに通常 1 週間程度かかりますので、接種予定日から余裕をもった申請をお願いします（郵送の場合は、さらに時間がかかります。）



② 岡崎市保健所から書類「予防接種の実施について(依頼)」が届きます



③ 予防接種を受けます

②で届いた書類「予防接種の実施について(依頼)」を医療機関に提出してから予防接種を受けます。接種費用は一旦、全額支払います。

注意：「予防接種の実施について(依頼)」が届く前に予防接種を受けた場合は、払い戻しの対象になりません。



④ 接種した月の翌月末までに、払い戻しの手続きをします

払い戻しの手続き方法や必要書類は、上記②を送付時に同封します。

【問合せ・申請書提出先】

〒444-8545 愛知県岡崎市若宮町2丁目1番地1

（郵送の場合、郵便番号を記載していただければ住所は不要です）

岡崎市保健所 ワクチン接種推進室 予防接種係

窓口受付時間 平日 8：30～17：15

電話 0564-23-6714

記入例

高齢者予防接種依頼申請書

令和 年 月 日
実際に記入した日

申請者（被接種者との続柄：**長女**）
（〒444-8545）
ご本人または親族

書類に不備があった場合等にご連絡いたしますので、日中に連絡の取りやすい電話番号をご記入ください。

住所 **岡崎市若宮町2丁目1番地1 げんきアパート 101号室**

氏名（自署） **岡崎 花子**

電話 **090-1234-5678**

市外の医療機関にて接種することを希望するため、下記のとおり申請します。

被接種者	フリガナ	オカザキ タロウ
	氏名	岡崎 太郎 予防接種を受けるご本人
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> （異なる場合は記入してください） 岡崎市 ご本人の住民票の住所
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○年 ○月 ○日生（○歳）
希望する予防接種 ご希望の予防接種に <input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 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
市外で接種する理由 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 長期入院治療 <input checked="" type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他（
医療機関	医療機関名	△△△内科クリニック 接種する医師の所属する医療機関。 （実際に接種を受ける場所と異なっても構いません）
	所在地 （電話）	〒000-0000 東京都00区002丁目2番地2 00ビル2階 （電話 00-0000-0000）
滞在先	施設等名	<input type="checkbox"/> 接種医療機関と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> （異なる場合は記入してください） 00介護施設 △△△△ 現在、ご本人が滞在している場所
	住所 （電話）	〒000-0000 東京都00区003丁目3番地3 （電話 00-0000-0000）
	滞在予定期間	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 未定 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
送付先 ご希望の郵送先等に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 滞在先住所 <input type="checkbox"/> 窓口交付	

同意書

私はこの申請を含め、この申請年度以降の予防接種自己負担額の判定に
あ員の所得（課税）状況を閲覧することに同意します。

被接種者氏名（自署） **岡崎 太郎**

※自署できない者は代筆者が本人名を署名し、
下欄に代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載

代筆者氏名（自署） **岡崎 花子**

（続柄 **長女**）

郵送先もいずれかに
チェック

※事務処理欄（記入不要）

確認項目	<input checked="" type="checkbox"/>
------	-------------------------------------

ご本人が自署できない場合の
代筆者は親族（＝申請者）