

高齢者予防接種依頼申請書

令和 ○年 ○月 ○日

ご記入いただく際の注意点・記入例
(予防接種を受ける本人が記入する場合)

該当するものに☒印申請者()の続柄: ☒本人 ☐成年後見人 ☐
(〒 ○○○-○○○○)

申請書を記入した日付

住所 岡崎市若宮町○丁目○番地 △△アパート

氏名(署名又は 岡崎 太郎 電話 090-○○○○-○○○○
記名押印)

※被接種者が申請書を記入することが困難であり、本人から代筆の記入してください。※家族以外のかたの代筆は、日頃から被接種者に身近に寄り添

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	被接種者との関係	☐ 家族(続柄) ☐ 施設入所者	
	氏 名 (施設名及び 代表者役職名)		電話 番号 (担当者名)
	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	

市外の医療機関にて接種することを希望するため、以下のとおり申請します。
記

予防接種を受ける本人

被接種者	フリガナ	オカザキ タロウ	生年 月 日	☐ 大正 ☒ 昭和 ○年 ○月 ○日 (○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 ()		
医 療 機 関	医療機関名	△△クリニック		
	所在地	〒 ○○○-○○○○ 市○○町○○ (電話 ○○○-○○○○)		
滞 居 在 住 先 地	住 所 (電 話)	〒 — — □被接種者住所と同じ (電話 — —)		
	滞在予定期間	☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	希望する送付先	☒ 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		
代筆者住所 ※代筆者住所への送付 を希望する場合に記入		〒 — —		

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

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。)

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。

※裏面に記載の

の申請年度以降の
状況を確認することに同意します。

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。

被接種者氏名(署名又は 岡崎 太郎
記名押印)

代筆者氏名

続柄

名及び被接種者との続柄を記載)

【申請に必要なもの】

以下の①～⑤に該当するかたは、そ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、該当箇所には印を付けてください。

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。

区分	該当するかた	必要なもの
申請	① 被接種者本人が申請	この申請書のみで申請ができます。
	② 成年後見人が申請	□成年の後見人の身分証明書 □成年後見人であることがわかるもの (登記事項証明書など)
代筆	③ 被接種者の家族が代筆	この申請書のみで申請ができます。
	④ 施設代表者が代筆	□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わかるもの※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点
(例) 顔写真付きの身分証明書…運転免許
顔写真なしの身分証明書…国民年金カード

なお、郵送により提出する場合は、身分証明書の写しを同封してください。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。

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。

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)