

高齢者予防接種依頼申請書

令和 年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

申請者 (被接種者との続柄:)
(〒 -)

住所

氏名 (自署)

電話

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	
	氏 名	
	住 所	<input 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
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input 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 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 type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()
医 療 機 関	医 療 機 関 名	
	所 在 地 (電 話)	〒 - (電話 - -)
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)
	住 所 (電 話)	〒 - (電話 - -)
	滞在予定期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ~ 令和 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 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たり、市担当者が世帯全員の所得(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)

※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)

(続柄)

※事務処理欄(記入不要)

確認項目	<input checked="" type="checkbox"/>
岡崎市民	<input type="checkbox"/>
同意日入力	<input type="checkbox"/>
【課税・非課税】	