

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)

連絡票交付申請書 (高齢者用)

令和〇年〇月〇日

申請者 (被接種者との関係) : 本人 成年後見人 委任
(〒〇〇〇-〇〇〇〇)

申請書を記入した日付

「本人」に印

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

※代筆理由を添い、意思疎通しているかたに限り

該当するものに印

記入することが困難であり、本人に記入できないかたに限り、本人以外のかたの代筆を認めます。※家族以外のかたの代筆は、本人以外のかたに限り

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	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 (続柄 子) <input type="checkbox"/> 施設代筆	
	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 (担当者名)
	代筆の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 身体的事情 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	接種の本人意思	<input checked="" type="checkbox"/> 本人意思あり <input type="checkbox"/> 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、下記のとおり希望する医療機関に印を付けてください。

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	
	氏名	岡崎 太郎	生年 月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 〇年 〇月 〇日 (〇歳)
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹→ (<input type="checkbox"/> 生ワクチン ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不活化ワクチン)		
市外で接種する理由	<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 ()		

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

滞居住	住所 (市区町村名)	△△クリニック 名古屋市	
	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 (電話〇〇〇-〇〇〇〇)	

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。

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	〒	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 〇年 〇月 〇日 ~ 令和 〇年 〇月 〇日
※代筆者住所への送付を希望する場合に記入	〒	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"/> 代筆者住所 <input type="checkbox"/> 窓口交付

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

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。

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

青年年度以降の予防接種の自己負担額を記載することにご同意します。
被接種者氏名 (署名又は記名押印) 岡崎 太郎

代筆者氏名 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。

上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、受取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	<input type="checkbox"/> 申請する予防接種の接種券
	② 成年後見人が申請	<input type="checkbox"/> 申請する予防接種の接種券 <input type="checkbox"/> 成年後見人の身分証明書 ※1 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 申請する予防接種の接種券
	④ 施設代表者が代筆	<input type="checkbox"/> 申請する予防接種の接種券 <input type="checkbox"/> 担当者の身分証明書 ※1 <input type="checkbox"/> 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、顔写真が付いていない場合は2点必要です。
(例) 顔写真付きの身分証明書…運転免許証、マイナンバーカードなど
顔写真なしの身分証明書…国民年金証書

なお、郵送により提出する場合は、申請する場合は、身分証明書の原本又は

※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。

【担当】 〒444-8545 岡崎市若宮町2丁目1番地1

岡崎市保健所感染症予防課 予防接種係

(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	資格確認証・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	<input checked="" type="checkbox"/>
岡崎市民	<input type="checkbox"/>
同意日入力	<input type="checkbox"/>
【課税・非課税】	
生活保護【該当・非該当】	

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	<input type="checkbox"/> 身分証明書 (免許証・マイナンバー・その他) (<input type="checkbox"/> 施設職員であることが分かるもの)