

愛知県広域予防接種連絡票交付申請書（高齢者用）

令和 年 月 日

(宛先) 岡崎市長

申請者 (被接種者との関係 : 本人 成年後見人 委任状をお持ちのかた)
(〒 —)

住所

氏名 (署名又は
記名押印)

電話

※被接種者が申請書を記入することが困難であり、本人から代筆の承諾が得られる場合に代筆者欄を記入してください。※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い、意思疎通を図っているかたに限ります。

代筆者	被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 家族 (続柄) <input type="checkbox"/> 施設代表者 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	氏名 (施設名及び代表者役職氏名)	電話番号	(担当者名)	
	代筆の理由	<input 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 type="checkbox"/> 本人意思あり <input type="checkbox"/> 本人意思を汲み取れた		

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、下記のとおり申請します。※該当箇所に☑印を付けてください。

記

被接種者	フリガナ		生年	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
	氏名		月日	年 月 日 (歳)
	住所	<input 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 type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 带状疱疹→ (<input type="checkbox"/> 生ワクチン ・ <input 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 type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()			
接種医療機関名 (予定)	(市区町村名 市)			
滞居住地	住所 (電話)	〒 —	<input type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ (電話 — —)	
	滞在予定期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
希望する送付先	<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"/> 代筆者住所 <input type="checkbox"/> 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	〒 —			

※裏面に記載のものを添付して申請してください。

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) 状況を一覧することにご同意します。

(※自署できない場合は、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)

被接種者氏名 (署名又は
記名押印)

代筆者氏名

続柄

【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。

なお、添付書類が不足している場合、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	<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 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(個人番号)カードなど
顔写真なしの身分証明書…国民年金手帳、住民票の写しなど

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。

【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)