

高齢者予防接種依頼申請書

ご記入いただく際の注意点・記入例
(滞在中施設のかたが代筆する場合)

申請日:令和 ○年 ○月 ○日

「本人」に☑印

申請者(滞在中施設のかた)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(署名又は記名押印) 岡崎 太郎

電話 090-○○○○-○○○○

※ 該当するものに☑印

滞在中施設のかたが代筆する場合、本人から代筆することが困難であり、本人から代筆したかたの代筆は、日頃から被接種者に身近に寄

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担当のかたにご連絡します。

被接種者との関係

☐家族(続柄) ☒施設

代 氏 名

△△ホーム 施設長
保健 花子電話番号 080-○○○○-○○○○
(担当者名 元気 一郎)

「代筆者氏名」には滞在中施設の代表者の氏名を記入してください。代表者以外に担当者がある場合は「担当者名」に氏名を記入してください。

☒身体的事情 ☐認知症 ☐その他()
☒本人意思あり ☐本人意思を汲み取れた

接種を受けることを希望するため、以下のとおり申請してください。

予防接種を受ける本人が自署できない理由に☑印

記

被接種者	フリガナ氏名	オカザキ タロウ 岡崎 太郎	生年月日	☐ 大正 ☒ 昭和 ○年 ○月 ○日 (○歳)
	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		

被接種者の住民票の住所

希望する予防接種	☒ インフルエンザ ☒ 新型コロナ ☐ 高齢者肺炎球菌 ☒ 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	〒 ○○○-○○○○ 県○○市○○町○○

現在ご本人が滞在中施設にいらっしゃる場所

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。)

滞居住所	住所(電話)	〒 ○○○-○○○○ 名古屋市○○区○○ △△ホーム
		(電話) ○○○○-○○-○○○○

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	〒	—
※代筆者住所への送付を希望する場合に記入		

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

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。

申請年度以降の状況を閲覧することに同意します。

被接種者氏名(署名又は記名押印) 岡崎 太郎

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 保健 花子 続柄 滞在中施設の施設長

【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

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		下記担当までご連絡ください。

※①～④以外のかたが申請又は代筆する場合は、下記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。

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	☑
岡崎市民	□
同意日入力	□
【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	□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)