

高齢者予防接種依頼申請書

申請日: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)**: 本人 成年後見人

申請書を記入した日付

(〒 ○○○-○○○○)

「本人」に印

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-○○○○-○○○○

※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

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 type="checkbox"/> 家族(続柄) <input type="checkbox"/> 施設
	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	<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

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。

予防接種を受ける本人

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	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ○年 ○月 ○日 (○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 type="checkbox"/> 不活化ワクチン)			
市外で接種 する理由	<input checked="" 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	△△クリニック		
	所在地 (電話)	〒 ○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○○ (電話 ○○○)		
滞居 所在地	滞居先 (電話)	- (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 checked="" 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			

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。市担当者が世帯全員の所得(課税)状況
を閲覧することになります。
(※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) 岡崎 太郎

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。

**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。**

		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	<input type="checkbox"/> 成年の後見人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 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	<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。

※①～⑤以外のかたが申請又は代筆する場合は、印を付し、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枚、顔写真なしの場合は2枚
(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…国民健康保険証
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）