

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
(滞在中施設のかたが代筆する場合)

「本人」に印

申請書を記入した日付

申請者(滞在中施設)の続柄: 本人 成年後見人
(〒 ○○○-○○○○)

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-○○○○-○○○○

※記入

該当するものに印

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

代筆者氏名

△△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

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 | <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 | | |

被接種者の住民票の住所

| | |
|-----------|---|
| 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() |

医療機関名
所在地

△△クリニック

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。)

現在ご本人が滞在している場所

| | |
|------------|---|
| 滞居在住住所(電話) | 〒 ○○○-○○○○ <input type="checkbox"/> 被接種者住所 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。

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 | 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 checked="" type="checkbox"/> 担当者の身分証明書※1 <input checked="" 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、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) | 受取日 | 令和 年 月 日 |
| 免許証 | 資格確認証・年金手帳 | 受取者氏名 | |
| マイナンバー | 医療受給者証・診察券 | 被接種者との関係 | |
| 他() | 他() | 連絡先 | |
| 施設職員であることが分かるもの | | 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) |
| 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】 | |