

# 高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン予防接種依頼書交付申請書

例

荒川区長 殿

※既に接種済みの場合、日付は空欄でご提出ください

令和 年 月 日

下記のとおり予防接種を受けたいので依頼書の交付を申請します。

被接種者 (申請者)	住所	荒川区 荒川2 丁目 1番 1- 101号		
	TEL	03 (0000) 0000		
氏名	フリガナ	アラカワ タロウ		男
	氏名	荒川 太郎		女
生年月日	明治	11年 1月 1日		
	昭和			
予防接種の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナワクチン			
依頼理由	<input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他( )			
	施設・病院の名称・所在地 東京都〇〇市〇〇 〇丁目 〇番 〇号 老人保健施設 〇〇苑			
依頼文書の宛名	〇〇市長 ※市町村長名・施設名・医療機関名など			
依頼文書の 郵送先	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇 〇丁目 〇番 〇号		
	氏名・名称	老人保健施設 〇〇苑 担当〇〇 ※市町村・施設・病院の場合は担当部署や担当者名も記入してください。 TEL 03 (0000) 0000		
接種費用を 申請いただく 交付申請書 兼請求書の 郵送先	<input type="checkbox"/> 上記(依頼先文書の郵送先)と同じ ※郵送先が依頼文書の郵送先と同じ場合 □ にチェックしてください。			
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇 〇丁目 〇番 〇号		
氏名・名称	荒川 太郎 ※〇〇株式会社 〇〇部 荒川 太郎 ※法人へ郵送する場合は、法人名、担当部署、氏名を記入してください。 TEL ( )			
接種予定日 (接種済みの場合は接種日)	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ		<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナワクチン	
	令和 6年 10月 5日		令和 6年 10月 25日	

予防接種を希望する医療機関及び医師名

所在地	東京都〇〇市〇〇 〇丁目 〇番 〇号		
医療機関名	老人保健施設 〇〇苑		
医師名	〇〇 〇〇	TEL	03 (0000) 0000

※被接種者(申請者)が記入できない場合は、代理の方が申請してください。  
なお、B類疾病は被接種者の判断に基づいて行うものです。

代理申請者	氏名	荒川 花子		
	住所	荒川 2 丁目 11番 1 - 101号		
	被接種者との関係	子		
	TEL	03 (0000) 0000		