

予防接種依頼書交付申請書（B類疾病）

荒川区長殿



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。

○予防接種に関する内容（接種者や接種場所等）

被接種者	氏名	カガナ アラカワ タロウ 荒川 太郎	男・女 男	生年月日	明治 大正 昭和 昭和	11年 1月 1日
	住所	荒川区荒川 2丁目 11番 1-10号 TEL 03 (1111) 1111				
申請者 (※)	氏名	老人保健施設 事務 ○○ 被接種者とのご関係 施設職員				
	住所	東京都○○市 △丁目 □番 □号 TEL 03 (1234) 5678				
予防接種の種類 接種予定日 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ 令和 7年 10月 20日		<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナワクチン 令和 7年 11月 7日			
	<input type="checkbox"/> 带状疱疹 年 月 日		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 年 月 日			
依頼理由 滞在先	理由	<input checked="" type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他()				
	施設名称	老人保健施設 ○○				
	住所	東京都○○市 △丁目 □番 □号				
接種実施 医療機関	名称	○○病院 医師名				
	住所	埼玉県○○市 TEL ()				

○接種依頼書に関する内容

依頼文の宛名	老人保健施設 ○○苑、△△市長 等				
依頼文書 郵送先	氏名 (名称)	老人保健施設 ○○苑 担当○○ ※市町村・施設・病院の場合は担当部署と担当者名も記入してください。			
	住所	(〒 123 - 4567) 東京都○○市 △丁目 □番 □号 TEL 03 (1234) 5678			

○助成金申請に関する内容

助成金文書 郵送先	<input checked="" type="checkbox"/> 上記（依頼文書郵送先）と同様				
	氏名 (名称)	※市町村・施設・病院の場合は担当部署と担当者名も記入してください。			
	住所	(〒 -) TEL ()			

(※) 被接種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。

