

高齢者用

令和 7 年 10 月 1 日

糸魚川市長 様

記載例

住 所 糸魚川市 一の宮1-2-5
申請者 ふりがな いといがわ じおまる
氏 名 糸魚川 ジオまる
連絡の取れる電話番号(025-552-1511)
被接種者との続柄 (本人) 子

予防接種実施依頼書交付申請書

下記により他市町村において予防接種を受けたいので、標記依頼書の交付を申請します。

(接種を受ける方) 被接種者	住 所	糸魚川市 一の宮1-2-5	
	ふりがな 氏名・性別	いといがわ じおまる 糸魚川 ジオまる (男性)・女性	
	生年月日	大正昭和 18 年 7 月 7 日	
	滞在地住所 (入院・入所先等) 施設の名称・ 連絡先等	(住所) 〒 ー (名称) (電話番号)	
予防接種の種類		☒ インフルエンザ予防接種 ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種 ☐ 肺炎球菌感染症予防接種 ☐ 带状疱疹ワクチン予防接種	
他市町村で接種を 希望する理由		☐ 入院・入所中・治療中のため ☐ 長期滞在のため ☒ その他 (かかりつけ医のため)	
接種を希望する 市町村・医療機関名		〇〇 都・道・府・県 〇〇 (市・区・町・村) (医療機関名) 〇〇〇病院	
該当する場合は□に✓ をつけてください。		☐ 生活保護世帯 ☐ 満60～64歳でヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に重大な 障害がある (これに該当する身体障害者手帳1級をお持ちの方)	
書類送付先		滞在地(入院・入所先) ・ 被接種者宅(糸魚川市の住所) ・ 申請者宅	

※ 接種費用は市町村・医療機関により異なります。
※ 予防接種実施依頼書は、予防接種により健康被害が生じた場合予防接種法第15条に基づき本市
が責任を持って救済措置を行うことを証明するものです。

注意:R8年2月27日(金)までに申請してください。
(接種後の払い戻し手続き申請書の提出期限がR8年3月31日のため)
提出先: 〒941-8501 新潟県 糸魚川市一の宮1-2-5
糸魚川市役所 健康増進課 保健係

