

高齢者用

令和 8 年 10 月 1 日

糸魚川市長 様

記載例

申請者

住 所 糸魚川市 一の宮1-2-5

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 (昭和) 36 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) 〒 —	(名称)
他市町村で接種を 希望する理由	<input checked="" type="checkbox"/> 带状疱疹ワクチン予防接種 <input type="checkbox"/> 入院・入所中・治療中のため <input type="checkbox"/> 長期滞在のため <input checked="" type="checkbox"/> 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)
該当する場合は□に✓ をつけてください。	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 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

**組換えワクチンを希望される方はR8年12月25日(金)、
生ワクチンを希望される方はR9年2月26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R9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

