

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。

|                     |                                                                                                                                                                               |                         |  |         |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--|---------|
| (被接種を受ける方)          | 住 所                                                                                                                                                                           | 糸魚川市 一の宮1-2-5           |  |         |
|                     | ふりがな<br>氏名・性別                                                                                                                                                                 | いといがわ じおまる<br>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<br>(入院・入所先等)<br>施設の名称・<br>連絡先等                                                                                                                                          | (住所) 〒 ー<br>(名称) (電話番号) |  |         |
| 予防接種の種類             | <input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ予防接種<br><input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症予防接種<br><input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症予防接種<br><input type="checkbox"/> 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      | <input type="checkbox"/> 入院・入所中・治療中のため<br><input type="checkbox"/> 長期滞在のため<br><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)<br>(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。 | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯<br><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<br>(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: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

問合せ: 電話025-552-1511

