

高齢者予防接種実施依頼交付申請書

高知市長宛て

申請日	年 月 日
-----	-------

下記の理由により、定期予防接種について依頼書の交付を申請します。

申請者	フリガナ		続柄	
	氏 名			
	住 所			
	電話番号	() -		

対象者 (接種希望者)	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳) 西暦()		
	住 所	高知市		
	電話番号	() -		

滞在先住所 (入院・入所先)	住 所	〒(-)	
	名 称		
	電話番号	() -	

接種場所 (医療機関)	住 所		
	名 称		
	電話番号	() -	

依頼する予防接種の種類	☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 肺炎球菌感染症 (☐ 過去に肺炎球菌ワクチン(23価)を接種したことがない) ☐ 带状疱疹		
接種依頼の理由	☐ 長期入院中 ☐ 施設入所中 ☐ その他()		
宛名(依頼書提出先)	☐ 市町村 ☐ 医療機関		
依頼書の送付先	☐ 市町村 ☐ 滞在先住所(入院・入所先) ☐ 申請者住所		

記載例

高齢者予防接種実施依頼交付申請書

高知市長 宛て

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

下記の理由により、定期予防接種について依頼書の交付を申請します。

申請者	フリガナ	コウチ タロウ	続柄	子	
	氏名	高知 太郎			
	住所	■■市〇〇町△△番地			
	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
対象者 (接種希望者)	フリガナ	コウチ ハナコ			
	氏名	高知 花子			
	生年月日	明治・大正・昭和 〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇 歳) 西暦()			
	住所	高知市 〇〇町△△番地			
	電話番号	(088) 822 - 0577			
滞在先住所 (入院・入所先)	住所	〒(□□□ - □□□□) ■■市〇〇町△△番地			
	名称	〇〇病院			
	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
接種場所 (医療機関)	住所	■■市〇〇町△△番地			
	名称	〇〇病院			
	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
依頼予防接種の種類		☒ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 肺炎球菌感染症 (☐ 過去に肺炎球菌ワクチン(23価)を接種したことがない) ☐ 帯状疱疹			
依頼接種の理由		☒ 長期入院中 ☐ 施設入所中 ☐ その他()			
宛名(依頼書提出先)		☐ 市町村 ☒ 医療機関 ☐ 施設			
依頼書の送付先		☐ 市町村 ☐ 滞在先住所(入院・入所先) ☒ 申請者住所			

滞在先の
市町村が委託し
ている医療機関

＜送付先＞*切り取ってお使いください。

〒780-0850
高知市丸ノ内一丁目7番45号
総合あんしんセンター
高知市保健所 地域保健課
予防接種・感染症対策室 宛

●「高齢者予防接種実施依頼交付申請書」に
必要事項をご記入の上、左記へお送りください。

(お問い合わせ先)
高知市保健所 地域保健課
予防接種・感染症対策室
TEL (088) 821-6514