

(県内用)

令和7年度 香芝市高齢者定期予防接種 相互乗り入れ依頼書交付願

※この用紙は依頼書ではありません。香芝市健康衛生課に申請してください。

香芝市長 様

申請日 令和 年 月 日

申請者 〒 ー
住所

氏名 (続柄:)

電話

下記のとおり、被接種者は希望の予防接種の対象条件に該当することを誓い、香芝市以外での定期予防接種を希望しますので、相互乗り入れ依頼書の交付を申請します。

接種対象者 (予防接種を受けるかた)	住所	☐ 申請者と同じ	* 申請者と違う場合、右に住所を記入ください	〒 ー
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日 (満 歳)		
	電話番号			
接種希望のものに ○をつける (対象条件を確認)		带状疱疹 生ワクチン (1回接種)		
		带状疱疹 不活化ワクチン (2回接種) ☐ 1回目 ☐ 2回目		
		肺炎球菌23価ワクチン (接種票はがき添付)		
		インフルエンザワクチン (今年度1回目のみ)		
		新型コロナワクチン (今年度1回目のみ)		
接種を希望する 医療機関	(市・町)			
添付書類 (☒ をつける)	☐ 申請者の本人確認書類の写し (運転免許証や資格確認書) ☐ 返信用封筒 (接種対象者の住所を記入、110円切手を貼付)			

職員記入欄	
今年度対象確認	【带状疱疹】 該当 (年度末 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 歳以上・60～64 歳) ・ 非該当 【肺球】 該当 (満 65 歳) ・ 非該当 【インフル】 (満 65 歳以上・60～64 歳) ・ 非該当 【コロナ】 (満 65 歳以上・60～64 歳) ・ 非該当
接種履歴 (今年度)	履歴なし ・ 履歴あり非該当
指定医療機関か	該当 ・ 非該当
自己負担金支払い場所	医療機関 ・ 保セ
※60～64 歳で対象のかたは医師の診断書または身体障害者手帳をコピー	
※健康かるての接種履歴画面を添付	

受付印

受付者	担当者