

(県外用)

令和8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。

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、奈良県以外での定期予防接種を希望しますので、県外相互乗り入れ依頼書の交付を申請します。

申請日：令和 年 月 日

接種対象者 (予防接種を受けるかた)	住 所	〒 - 香芝市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	電話番号	
接種対象者本人 以外が申請する 場合	住 所	<input type="checkbox"/> 接種対象 者と同じ	*接種対象者と違う 場合、右に住所をご記 入ください	〒 -
	氏 名	(続柄：)		
	電話番号	<input type="checkbox"/> 接種対象 者と同じ	*接種対象者と違う 場合、右に電話番号を ご記入ください	
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 組換えワクチン (2回接種)	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目
		肺炎球菌20価ワクチン	(接種票はがき添付)	
		標準量インフルエンザワクチン	(今年度1回目のみ)	
		高用量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	住所：〒			
	名称：			
奈良県外で接種 する理由				
添付書類 (☑をつける)	<input type="checkbox"/> 申請者の顔写真付き本人確認書類の写し (運転免許証やマイナンバーカード) <input type="checkbox"/> 返信用封筒 (申請者の住所を記入、110円切手を貼付) <input type="checkbox"/> (高齢者肺炎球菌予防接種を希望の場合) 接種票はがき <input type="checkbox"/> (医療機関や施設の職員、その他関係機関の職員が申請する場合) 名刺や職員証など所属先が確認できるもの			

