

(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	☐ 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	☐ 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)		☐ 1回目 ☐ 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)
		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)	☐ 申請者の本人確認書類の写し (運転免許証やマイナンバーカードなど) ☐ 返信用封筒 (申請者の住所を記入、110円切手を貼付) ☐ (高齢者肺炎球菌予防接種を希望の場合) 接種票はがき ☐ (带状疱疹予防接種を希望の場合) 接種票 ☐ (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			

【職員記入欄】

身分確認	☐ マイナ保険証 ☐ 運転免許証（運転経歴証明書） ☐ 身体障害者手帳 ☐ 資格確認書 ☐ パスポート ☐ その他（ ）
今年度対象確認	【帯状疱疹】 該当（年度末 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 歳・60～64 歳） ・ 非該当 【肺球】 該当（満 65 歳） ・ 非該当 【イ・コ】 （満 65 歳以上・60～64 歳）・ 非該当
接種履歴	履歴なし ・ 履歴あり非該当
指定医療機関か	該当 ・ 非該当
依頼書の宛名	
※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