

# 高齢者予防接種契約外接種申請書

令和 年 月 日

一関市長 様

申請者住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (対象者との続柄: \_\_\_\_\_)

連絡先 (電話番号) : \_\_\_\_\_

次により一関市が予防接種を委託している医療機関以外の医療機関で予防接種を受けた  
いので、申請します。

※下記太枠内をご記入ください。

対象者	住 所	一関市	
	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生	(年度末年齢 歳)
	滞在先住所 (連絡先)	(電話番号: _____)	
対象の予防接種		<input type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 <input type="checkbox"/> 带状疱疹	
申請理由		<input type="checkbox"/> かかりつけ医で接種したいため <input type="checkbox"/> 施設に入所しているため <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
接種履歴 <small>(肺炎球菌と带状疱疹の場合のみ)</small>		肺炎球菌	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		带状疱疹	<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 組換えワクチン1回目 <input type="checkbox"/> 組換えワクチン2回目 <input type="checkbox"/> なし
医療機関	医療機関名 (施設名)		
	住 所	〒 _____	
	電話番号		

<以下市記入欄>

接種履歴確認	接種履歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
受付日	令和 年 月 日	受付者	

<担当者記入欄>

医療機関連絡	令和 年 月 日	相手先担当:
	依頼の可否: 可・否 (理由: _____)	
申請者連絡	令和 年 月 日	
備考		