

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		☐ 肺炎球菌感染症 ☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症 ☐ 带状疱疹	
申 請 理 由		☐ かかりつけ医で接種したいため ☐ 施設に入所しているため ☐ そ の 他 （）	
接 種 履 歴 (肺炎球菌と带状疱疹の場合のみ)		肺炎球菌	☐ あり ☐ なし
		带状疱疹	☐ 生ワクチン ☐ 組換えワクチン1回目 ☐ 組換えワクチン2回目 ☐ 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	☐ 有	☐ 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		