

## 【 県内 ・ 県外 】 予防接種依頼書交付願

高齢者

令和〇年△△月××日

(あて先) 静岡市保

どちらかに○をする

下記により、他市町村にて予防接種を受けたいのでよろしくお取り計らい願います。

記

住民票の住所

接種を受ける人

被接種者

この書類を記入する人  
該当する欄にチェック  
をつける。

下の欄は、申請者以外で接種を受ける  
場合は情報を記入してください。

☐ 申請者と同一（記載不要）  
☒ 申請者（成年後見人等）  
（申請権を有していることが確認でき  
る書類又は委任状が必要となります。）  
☐ 代筆者

生活保護の場合は生活保  
護証明書等、非課税世帯の  
場合は介護保険料の特別  
徴収開始通知や主たる生  
計者の課税証明等を添付  
してください。

滞在先

住民票の住所以外  
の場所に滞在して  
いる場合記入

医療機関

理 由

〒〇〇〇-△△△△  
静岡市〇〇区××××××××

フリガナ シスオカ タロウ  
氏 名 静岡 太郎

性 別 男 ・ 女

生年月日 昭和 〇〇年△△月××日  
大正

年 齢 〇〇 歳

電 話 ×××-××××

被接種者と住所が同じ  
場合は「同上」でも可

〒〇〇〇-△△△△  
〇〇県△△市××××××××

氏 名 葵 花子

電 話 ×××-××××

希望する予防接種にチェックをつける。  
带状疱疹や肺炎球菌を希望する場合は、  
市から送付された通知（原本）を添付。

☒ インフルエンザ  
☐ 新型コロナ  
☐ 带状疱疹（生ワクチン）（市からの通知（原本）を添付）  
☒ 带状疱疹（不活化ワクチン）（市からの通知（原本）を添付）  
☐ 肺炎球菌（市からの通知（原本）を添付）

生活保護世帯、または世帯全員が非課税の世帯に該当する

☒ はい（※証明する書類を添付してください。） ☐ いいえ

〒〇〇〇-△△△△  
〇〇県〇〇市××××× 葵 次郎 方  
電話 ×××-××××

送付先住所の世帯主と申請者  
の名字が異なる場合、送付先世  
帯主の氏名を記入

☐ 被接種者の住所 ☐ 申請者の住所 ☒ 滞在先の住所

〒〇〇〇-△△△△  
〇〇市××××××××× 〇〇クリニック  
医療機関名 〇〇クリニック 電話 ×××-×××-×××

作成した依頼書の  
送付先にチェック

通院のため、娘宅に滞在しているため

担当 〒 420-0846 静岡市葵区城東町 24  
静岡市保健所 感染症対策課 予防接種係 電

かかりつけ医のため、施設に入所しているため等、  
静岡市で接種しない理由を記入