

岩手県広域的予防接種申請書兼予防接種実施依頼書交付申請書

( 岩手県高齢者広域接種受診票 / 予防接種実施依頼書 共通 )

令和 年 月 日

盛岡市長 様

申請者

被接種者との続柄 ( )

次の理由により、他市町村において予防接種を希望するので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 予防接種の種類                  | インフルエンザ  |
| 被接種者氏名                   | 大正<br>・<br>昭和 年 月 日生   |
| 住 所                      | 盛岡市<br>電話 — —  |
| 滞在地(入院及び入所地)住所           | 電話 — —   |
| 滞在期間                     | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  |
| 希望する市町村                  | 都・道・府・県 市・町・村  |
| 接種医療機関名                  | 医療機関名  |
| 希望する理由<br>(該当するものに○を付ける) | 1. 上記市町村に長期間滞在するため<br>2. 上記医療機関や施設に入院及び入所しているため<br>3. 次に掲げる接種要注意者であり、病気の主治医による接種を希望するため<br>ア 心臓血管系疾患、じん臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有することが明らかな者 (病名: )<br>イ 過去にけいれんの既往のある者<br>ウ 気管支喘息のある患者<br>エ インフルエンザワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他鶏肉由来のものに対して、アレルギーを呈するおそれのある者<br>4. その他 |
| 世帯について                   | 生活保護世帯 ・ 市民税非課税世帯 (あてはまる場合は○で囲む)   |

・生活保護世帯または、市民税非課税世帯に該当する方は、「高齢者インフルエンザ予防接種自己負担金免除申請書」も記入してください。

・郵送での交付を希望される方は、返信用封筒(送付先(住所、氏名)を明記した長形3号の封筒に切手94円を貼付したもの。なお、夫婦等家族二人分を同時に申請する場合は、角形2号サイズの封筒に140円分の切手を貼付してください。)を同封し盛岡市保健所指導予防課(〒020-0884 盛岡市神明町3-29)あて送付してください。

※ただし、医療機関や施設等の申請は除く

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 書類送付先 | 滞在先(入院及び入所地)希望 / 自宅希望 |
|-------|-----------------------|

# 見本

## 岩手県広域的予防接種申請書兼予防接種実施依頼書交付申請書 (岩手県高齢者広域接種受診票 / 予防接種実施依頼書 共通)

令和 〇〇年 〇月 〇日

盛岡市長 様

申請者はご本人又は、  
家族でお願いします →

申請者 **盛岡太郎**

被接種者との続柄 ( **長男** )

次の理由により、他市町村において予防接種を希望するので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 予防接種の種類                  | インフルエンザ  |
| 被接種者氏名                   | 盛岡花子 <small>大正</small> 〇年 〇月 〇日<br><small>昭和</small>   |
| 住所                       | 盛岡市 神明町3番29号<br>電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇  |
| 滞在地(入院及び入所地)住所           | 矢巾町〇〇番〇号 介護老人保健施設〇〇荘<br>電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇  |
| 滞在期間                     | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ←わからない時は記入不要です   |
| 希望する市町村                  | 岩手 都・道・府・県 矢巾市・町・村   |
| 接種医療機関名                  | 医療機関名 〇〇医院 (または入所先)  |
| 希望する理由<br>(該当するものに〇を付ける) | 1. 上記市町村に長期間滞在するため<br>② 上記医療機関や施設に入院及び入所しているため<br>3. 次に掲げる接種要注意者であり、病気の主治医による接種を希望するため<br>ア 心臓血管系疾患、じん臓疾患、肝臓疾患、血液疾患等の基礎疾患を有することが明らかな者 (病名: )<br>イ 過去にけいれんの既往のある者<br>ウ 気管支喘息のある患者<br>エ インフルエンザワクチンの成分又は鶏卵、鶏肉、その他鶏肉由来のものに対して、アレルギーを呈するおそれのある者<br>4. その他<br>上記に該当しない場合は、理由をお書きください。<br>かかりつけ医のためなど。 |
| 世帯について                   | 生活保護世帯・市民税非課税世帯 (あてはまる場合は〇で囲む)   |

・生活保護世帯または、市民税非課税世帯に該当する方は、「高齢者インフルエンザ予防接種自己負担金免除申請書」も記入してください。

・郵送での交付を希望される方は、返信用封筒(送付先(住所、氏名)を明記した長形3号の封筒に切手94円を貼付したもの。なお、夫婦等家族二人分を同時に申請する場合は、角形2号サイズの封筒に140円分の切手を貼付してください。)を同封し盛岡市保健所指導予防課(〒020-0884 盛岡市神明町3-29)あて送付してください。

※ただし、医療機関や施設等の申請は除く

書類送付先

滞在先(入院及び入所地)希望 / 自宅希望 ← どちらかを〇で囲む

※これ以外の場所に郵送希望の場合は、郵送先が分かるように余白に明記して下さい。