

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。(※ 接種の2週間前までに、申請してください。)

予防接種の種類	高齢者の帯状疱疹（乾燥弱毒生水痘ワクチン・組換え帯状疱疹ワクチン） ※希望する方に○をつけてください		
接種履歴	過去に帯状疱疹の予防のために乾燥弱毒生水痘ワクチン又は組換え帯状疱疹ワクチンを受けたことがありますか？	(ある※ / ない)	
	※過去に帯状疱疹の予防接種として、乾燥弱毒生水痘ワクチンを1回または組換え帯状疱疹ワクチンを2回を受けたことがある方は、定期予防接種の対象となりません。		
	今回希望する組換え帯状疱疹ワクチンが2回目の場合、1回目の接種日を記載してください。	組換え帯状疱疹ワクチン	年 月 日
被接種者氏名 ・生年月日	フリガナ	生年月日	
	氏名	大正 ・ 昭和	年 月 日生
住所	盛岡市 電話 - -		
滞在地（入院及び入所地）住所、滞在先名称	電話 - -		
滞在期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
希望する市町村	都・道・府・県 市・区・町・村		
接種医療機関名	医療機関名		
希望する理由 (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 2. 上記医療機関や施設に入院及び入所しているため 3. かかりつけ医による接種を希望するため 4. その他 []		
世帯について	該当する方は○をつける	下記必要書類を添付し、チェック☑をしてください。	
	生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 自己負担金免除申請書 <input type="checkbox"/> 1か月以内に交付された、生活保護受給証明書(原本)、生活保護決定通知書(写し)または生活保護変更通知書(写し)のいずれか1つ	
	中国残留邦人等支援給付受給世帯	<input type="checkbox"/> 自己負担金免除申請書 <input type="checkbox"/> 本人確認証(写し)	

・郵送での交付を希望される方は、返信用封筒（長形3号サイズの封筒に、送付先（住所、氏名）を明記し、110円切手を貼付）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。

書類送付先	滞在先（入院及び入所地）希望 / 自宅希望 / その他		
※その他に送付する場合はこちらもご記入ください	送付先住所・宛名・被接種者との関係	〒	宛名
		TEL - -	被接種者との関係

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)

《みほん》

令和 7 年 7 月 7 日

盛岡市長様

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。(※ 接種の2週間前までに、申請してください。)

予防接種の種類	高齢者の带状疱疹（乾燥弱毒生水痘ワクチン・ 組換え带状疱疹ワクチン ） ※希望する方に○をつけてください		
接種履歴	過去に带状疱疹の予防のために乾燥弱毒生水痘ワクチン又は組換え带状疱疹ワクチンを受けたことがありますか？	(ある※ / ない)	
	※過去に带状疱疹の予防接種として、乾燥弱毒生水痘ワクチンを1回または組換え带状疱疹ワクチンを2回を受けたことがある方は、定期予防接種の対象となりません。		
被接種者氏名・生年月日	フリガナ モリオカ ハナコ	生年月日	令和 7 年 3 月 31 日
	氏名 盛岡 花子	大正 26 年 3 月 29 日生 昭和	
住所	盛岡市 神明町3番29号 電話 019 - 603 - 8307		
滞在地（入院及び入所地）住所、滞在先名称	〇〇県〇〇市△△町3番29号 医療法人〇〇会〇〇病院 電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
滞在期間	令和 7 年 3 月 25 日 ~ 未定 年 月 日		
希望する市町村	〇〇 都・道・府・県 〇〇 市 〇 区・町・村		
接種医療機関名	医療機関名 医療法人〇〇会〇〇病院		
希望する理由 (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 2. 上記医療機関や施設に入院及び入所しているため 3. かかりつけ医による接種を希望するため 4. その他 []		
世帯について	<input checked="" type="checkbox"/> 生活保護世帯 (生活保護世帯の方は接種料金が無料になりますが次の書類を添付してください) <input checked="" type="checkbox"/> 自己負担金免除申請書 <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護受給者証明書、生活保護決定通知書または生活保護変更通知書(1か月以内に発行されたもので、いずれか1つ)		
	中国残留邦人等支援給付受給世帯	<input type="checkbox"/> 自己負担金免除申請書 <input type="checkbox"/> 本人確認証(写し)	

・郵送での交付を希望される方は、返信用封筒(長形3号サイズの封筒に、送付先(住所、氏名)を明記し、110円切手を貼付)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。

書類送付先	滞在先(入 完 及び入所地)希望 / 自宅希望 / その他		
※その他に送付する場合はこちらもご記入ください	送付先住所・宛名・被接種者との関係	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市△△町3番29号 医療法人〇〇会〇〇病院 TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	宛名 医事課 〇〇 様 被接種者との関係 入院先病院の関係者