

記入例

高齢者予防接種実施依頼書 交付申請書

申請日：令和7年10月15日

被接種者	住所	〒176 - 8501 練馬区豊玉北6-12-1 ※接種する方の住民登録地（練馬区の住所）を書いてください。		
	氏名	練馬 太郎		
	生年月日	明治・大正・昭和 20年 9月 1日		
	電話番号	(日中の連絡先) 03-3993-1111		
申請者	住所	※申請者が被接種者以外の場合に記入 〒176 - 0025 ※申請者は別居、同居を問いません。 練馬区中村南1-2-3-405		
	氏名	練馬 一郎	続柄	子
	電話番号	(日中の連絡先) 03-5984-2484		
申請理由	1 施設入所中 2 入院中 3 その他 ()			
接種を希望するワクチンの種類 (ワクチン毎の対象年齢)	1 インフルエンザ (65歳以上の方・所定の障害1級で60~64歳の方) 2 新型コロナウイルス (65歳以上の方・所定の障害1級で60~64歳の方) 3 高齢者用肺炎球菌 (65歳の方・所定の障害1級で60~64歳の方) 4 带状疱疹 (今年度中に65歳・70歳・75歳・80歳・85歳・90歳・95歳・100歳に到達する方・所定の障害1級で60~64歳の方)			
接種医療機関	名称	☆☆市民病院		
	住所	〒200 - 0000 〇〇県☆☆市△△町9-8-7 ※当欄記入の市区町村の予防接種担当部署に、費用や手続方法についてご確認ください。 練馬区では接種費用の払戻し(償還払い)を行っていません。		
施設・入所・入院中の医療機関等	名称	有料老人ホーム ☆☆苑		
	住所	〒200 - 0000 〇〇県☆☆市〇〇町2-2-2		
	電話番号	00-9999-1234		
依頼書	依頼先	1 自治体長 2 接種医療機関長 3 施設内医療機関長		
	送付先	【各住所欄参照】1 被接種者 2 申請者 3 入所施設・入院医療機関 【この欄に記入】4 自治体 5 その他 () 〒200 - 0000 ※当てはまるものに○をつけてください。 〇〇県☆☆市××町3-3-3 ※4・5の場合のみ、住所等を記入してください。 4の部署名 (●● 部 ●● 課 ●● 係)		

接種予定日の2週間前までに、郵送、ファクスまたは持参でご提出ください。

<職員処理欄>

係長	係員

<提出先>

〒176-8501 東京都練馬区豊玉北6丁目12番1号
練馬区保健所 保健予防課 予防接種係 宛
電話：03-5984-2484 (直通) ファクス：03-3993-6553