

令和 年 月 日

東大和市長殿

[申請者（代筆者）]

住所  
氏名  
続柄  
電話

令和7年度指定医療機関以外での定期予防接種（B類）依頼申請書

このことについて、下記のとおり指定医療機関以外での予防接種を希望しますので申請いたします。

|                                                       |                                                                |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 予 防 接 種 の 種 類                                         | ( ) 高齢者の肺炎球菌感染症<br>( ) インフルエンザ<br>( ) 新型コロナウイルス感染症<br>( ) 帯状疱疹 |
| 被 接 種 者 氏 名                                           |                                                                |
| 生 年 月 日                                               | 大正・昭和 年 月 日生まれ                                                 |
| 東大和市における住所<br>電 話 番 号                                 | 東大和市<br>電話 ( )                                                 |
| 指定医療機関以外で<br>接種を希望する理由                                |                                                                |
| 医 療 機 関 等 名 称<br>医 療 機 関 等 所 在 地<br>医 療 機 関 等 電 話 番 号 | 電話                                                             |
| 備 考<br>滞在先名称・所在地<br>滞在先電話番号                           |                                                                |
| 生活保護等受給有無                                             | 有 ・ 無                                                          |

<同意書>

この申請に関わる予防接種等の状況について医療機関に照会することに同意します。

年 月 日

被接種者署名\_\_\_\_\_

代筆者氏名\_\_\_\_\_続柄\_\_\_\_\_

※被接種者が署名できない場合は、被接種者の接種希望及び同意書の内容に同意することを確認した上で、代筆者が被接種者の氏名を被接種者署名欄に、代筆者氏名を代筆者氏名欄にご記入ください。