

令和 年 月 日

被接種者との続柄 ()
電話番号

住所 (住民登録のあるところ)	(申請者住所と同じ場合は「同上」とご記入ください。)		
被接種者氏名	フリガナ		
	氏 名		
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日
申請理由			
予防接種の種類	高齢者等インフルエンザ 高齢者肺炎球菌（２３価肺炎球菌） 新型コロナウイルス感染症 带状疱疹（組換えワクチン） １回目・２回目 带状疱疹（生ワクチン）		
滞在先住所	〒 () 様方) 電話番号 () —		
接種を受ける市町村 または医療機関	〒 (住所) (市町村または医療機関名) (電話番号) () —		
依頼書の送付先 (該当するものに○をしてください。)	現住所 ・ 滞在先 ・ 接種を受ける市町村 ・ 接種を受ける医療機関		