

記入例

定期予防接種を市外の医療機関で受けるための依頼書交付申請書（B類疾病予防接種用）

（ご記入日）令和 8年 10月 1日

被接種者	住 所	〒206-0011 多摩市関戸4-19-5		
	電話番号	042-●●●-●●●●		
	フリガナ	ケノワ ケノ	性 別	男 ・ 女
	氏 名	健康 太郎		
	生年月日	大正 昭和 36年 10月 1日 （ 65歳 0か月）		
申請者 ※被接種者と異なる場合のみ記入（ご家族など）	滞在先住所	〒（ 123-4567 ） ●●県●●市●●1-2-3 老人保健施設 ●●		
	滞在期間	平成 令和 6年 4月 1日 から 令和 年 月 日 まで		
	氏 名	多摩 花子	被接種者との関係	長女
連絡先	住 所	〒（ 987-6543 ） ●●県●●市●●9-8-7 ●●マンション654号室		
	電話番号	090-●●●●-●●●●		
依頼書送付先	氏 名	☐ 被接種者と同じ ☒ 申請者と同じ	被接種者との関係	
	電話番号			
接種を希望する医療機関	宛 名	☐ 被接種者と同じ ☒ 申請者と同じ	被接種者との関係	
	住 所	☐ 滞在先住所と同じ 〒（ ） 依頼書送付先が「被接種者と同じ」場合、ここに✓がなければ、一番上に記載いただいた住所へ送付します。		
	医療機関名	●●クリニック		
	住 所	〒（ 765-4321 ） ●●県●●市●●7-6-5		
	電話番号	123-●●●-●●●●		

接種を受ける方について、記入してください。

上記住所以外に滞在先がなければ、記入不要。

被接種者本人による申請の場合、記入不要。

申請者
※被接種者と異なる場合のみ記入（ご家族など）

原則、被接種者か申請者と同じです。直接医療機関への送付はできません。

滞在期間の終期が未定の場合、記入不要。

ご記入の医療機関が接種の依頼を受け入れることができるか事前にご確認ください。

※裏面に続きます。

(裏面)

実施医療機関以外で接種を希望する理由 【該当数字に○】	1 医学的な事情、医師の判断等によりかかりつけ医での接種が必要なため 2 疾病等により他の区市町村に滞在し、滞在先医療機関での接種が必要なため 3 医療機関、福祉施設等に入所しており、実施医療機関での接種が困難なため 4 その他 原則、1～3に該当しなければ市外接種は認められません。 「4 その他」に該当する場合、事前にご相談ください。	
申請受付後、依頼書作成までに2週間程度かかる場合があることを踏まえ、余裕をもったスケジュールとしてください。	☐ 高齢者肺炎球菌	年 月 日
接種予定日 ※接種を希望する予防接種の□へ✓を記入	☒ 带状疱疹（1回目）	令和8年 10月 25日
	☒ 带状疱疹（2回目） ※不活化ワクチンを希望される方のみ	令和8年 12月 25日
	☐ インフルエンザ	年 月 日
	☒ 新型コロナウイルス	令和8年 2月 1日
接種を希望する医療機関がある区市町村への確認事項 ※それぞれ該当するどちらかの□へ✓を記入	確認事項① 接種費用は自己負担か、接種する区市町村で負担してもらえるのか ☒ 接種を受ける方の自己負担 →多摩市の助成対象となります。 ☐ 接種する区市町村で負担あり →多摩市の助成対象外となります。 確認事項② 依頼書の宛先について ☒ 「医療機関 宛て」 ☐ 「区市町村長 宛て」	
確認事項 ※右の事項について確認し、□へ✓を記入	☒ 多摩市が申請を受付後、依頼書の作成に2週間程度かかる場合があることを踏まえて、余裕のある接種予定日を設定した。 ☒ 接種を希望する医療機関へ連絡し、接種の依頼を受入可能か確認した。 ☒ 接種予定日に定期接種の対象(接種時年齢・接種回数等)であることを確認した。 ☒ 実施医療機関以外で接種するため、この申請書の記載内容等について、接種を希望する医療機関やその区市町村へ必要な範囲で情報提供することに同意する。	

すべて確認し、✓してください。

多摩市確認欄	
予定接種回数	回
受付印	