

ご記入例

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 (高齢者用)

(ご記入日) 令和 8年 4月 2日

被接種者	住所	〒206-0011 多摩市関戸4-19-5		
	電話番号	042-376-9111		
	フリガナ	ケンコウ タロウ	性別	男・女
	氏名	健康 太郎		
生年月日	明治 大正 昭和 36年 4月 2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) 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3 老人保健施設 〇〇		
	滞在期間	平成 令和 6年 4月 1日 から 令和 年 月 日 まで		
連絡先	氏名	多摩 良子	被接種者との関係	長女
	住所	〒(756-4321) 東京都〇〇市3-2-1健康マンション〇〇〇号室		
	電話番号	090-0000-1111		
依頼書送付先	氏名	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 被接種者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	被接種者との関係	
	住所	<input type="checkbox"/> 滞在先住所と同じ 〒()		
	医療機関名	健康センタークリニック		
接種を希望する医療機関	住所	〒(999-8888) 〇〇県〇〇市〇〇9-8-7		
	電話番号	000-1111-2222		

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、記入不要です。

接種を受ける方本人が申請する場合は記入不要です。

申請者
※被接種者と異なる場合のみ記入 (ご家族など)

確認事項がある場合、ご連絡させていただくことがあります。

原則、被接種者が申請者と同じです。直接医療機関へ送付することはできません。

接種を希望する医療機関

滞在期間の終期が決まっていなければ、記入不要です。

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。

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。

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は事前にご相談ください。

(裏面)

<p>実施医療機関以外で接種を希望する理由 【該当数字に○】</p>	<p>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</p>						
<p>接種予定日 接種を希望する予防接種の□へ✓を記入</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="405 613 911 685"> <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 </td> <td data-bbox="916 613 1436 685"> 令和8年 5月 13日 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="405 692 911 763"> <input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹（1回目） </td> <td data-bbox="916 692 1436 763"> 令和8年 6月 20日 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="405 770 911 837"> <input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹（2回目） ※不活化ワクチンを希望される方のみ </td> <td data-bbox="916 770 1436 837"> 令和8年 8月 20日 </td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	令和8年 5月 13日	<input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹（1回目）	令和8年 6月 20日	<input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹（2回目） ※不活化ワクチンを希望される方のみ	令和8年 8月 20日
<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	令和8年 5月 13日						
<input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹（1回目）	令和8年 6月 20日						
<input checked="" type="checkbox"/> 帯状疱疹（2回目） ※不活化ワクチンを希望される方のみ	令和8年 8月 20日						
<p>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</p>	<p>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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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。</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>確認事項② 依頼書の宛先について</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 「医療機関 宛て」 <input type="checkbox"/> 「区市町村長 宛て」</p>						
<p>確認事項 右の事項について確認し、□へ✓を記入</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 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。</p>						

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、余裕をもったスケジュールとしてください。

実施医療機関がある区市町村(高齢者の予防接種担当部署)へお問い合わせください。

すべて確認して✓してください。

多摩市確認欄	
予定接種回数	回
受付印	