

記入例 補助金（高齢者）

高齢者用予防接種連絡票・依頼書交付申請書

令和 年 月 日

* ボールペンで太枠内を記入してください。

（鉛筆・消えるボールペンは使用不可）

* 修正箇所は二重線で訂正してください。

続柄 ☐ 本人・家族 ☒ 施設長 ☒ ケアマネージャー	住所	〒441-8539 豊橋市中野町字中原 100 番地		
	フリガナ	トヨハシ タロウ		
	申請者氏名	豊橋 太郎		
	続柄	子	電話	(0532) 39-9109
本人又は家族の方の 承諾を得て代筆してく ださい。	本人又は家族以外 の方が代筆の場合	代筆者氏名		
		本人との続柄	例) ○○施設 職員	電話()

代筆の場合でも
本人名義もしくは
家族名義で申請し
てください。

（本人又は家族以外で代筆する方は、氏名等を記入してください。）

連絡がとれる
電話番号を記入

予防接種の種類	☒ インフルエンザ ☒ 新型コロナ ☐ 肺炎球菌 ※接種するものにチェック ☐ 带状疱疹(ビケン1回接種) ☐ 带状疱疹(シングリックス2回接種)			
被接種者 <u>（予防接種を 受ける方）</u>	住所	〒 - 申請者と違う場合のみ記入		
	フリガナ	トヨハシ ハナコ		
	氏名	豊橋 花子		
	生年月日	明治・大正 <u>昭和</u> 29年4月2日生（満○○歳）		
接種の本人意思	☒ 確認できる ☐ 確認できない			
带状疱疹接種の方	過去にシングリックス（不活化ワクチン）を接種したことがある。 ☒ ない ☐ ある			
接種費用 （予診票に記載）	☒ 有料 ☐ 無料			
実施医療機関で 接種できない理由	☐ 実施医療機関以外にかかりつけ医がいる ☐ 医療機関に長期入院中 ☒ 高齢者施設に入所中 ☐ その他（理由を記入ください。）			
接種医療機関名	○○医院（浜松市 中 区）			
滞在先 <u>（住民票の住所以外 に滞在している場合）</u>	住所	〒123-4567 浜松市中区○○番地○		
	入院医療機関	特別養護老人ホーム ○○荘		
	入所施設名 等			
	電話番号	(053) 123-4567		
連絡票・依頼書の 受取手段	☐ 保健所で受取 ☒ 郵送（送付先： ☐ 申請者の住所 ☐ 被接種者の住所 ☒ 上記滞在先） * 返信用封筒が必要 →送付先が施設や病院の場合、書類が届くことについて了承を得ていますか？ ☒ はい ☐ いいえ			

带状疱疹はどちら
かのワクチンにレ
をつけてください

意思確認が難しい方は、家族、
かかりつけ医師、施設職員など、
日頃から寄り添っている方の協
力を得て、本人の意思がくみ取
れる場合は、☒ 確認できるにチェ
ックをしてください。
※確認できない場合は、申請ができま
せん。（自費接種となります）

受取方法が郵送
返信用封筒に切手
を貼り、送付先を
記入してくださ
い。
【送付書類の重量】
約 37g
110 円切手 貼付
（定形郵便の場合）
※料金不足に注意し
てください。

提出前のチェックリスト

- ☐ 予防接種を希望する医療機関へ連絡し、受け入れ可能か確認しましたか。
- ☐ 太枠内はすべて記入しましたか。
- ☐ 訂正がある場合、二重線で訂正しましたか。（修正テープ・修正ペンの使用はできません。）