

令和 年 月 日

(申請者)

氏 名

本人以外の場合は続柄（ ）

電話番号 () —

接種を受ける者	住所	□申請者に同じ		
	氏名	□申請者に同じ		
	生年月日	年	月	日
予防接種の種類	□高齢者インフルエンザ □高齢者新型コロナウイルス感染症			
接種を希望する 医療機関	所在地			
	医療機関名			
接種希望日	令和 年 月 日			
広域的予防接種を 希望する理由	1 かかりつけ医であるため 2 長期入院 3 高齢者施設入所 4 その他 ()			

※対象確認 (済・未) ※免除対象者確認 (済・未)

上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に別紙連絡書、請求書及び予診票を当該医療機関あてご提出ください。

本人確認 ☐ 郵送 ☐

個人情報の保護について この申請による個人情報は本事業以外の目的には使用いたしません。

No. _____

広域的予防接種申請書

令和 7 年 10 月 15 日

加西市長 様

申請者欄は本人もしくはご家族
の方での記入をお願いします。

(申請者)

住 所 加西市北条町古坂 1072-14

氏 名 加西 花子

本人以外の場合は続柄 (子)

電話番号 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇

予防接種法に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける者	住所	☐ 申請者に同じ 加西市北条町横尾 1000
	氏名	☐ 申請者に同じ 北条 太郎
	生年月日	S22 年 2 月 22 日
予防接種の種類	☐ 高齢者インフルエンザ ☒ 高齢者新型コロナウイルス感染症	
接種を希望する 医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇〇
	医療機関名	〇〇病院
接種希望日	令和 7 年 11 月 1 日	
広域的予防接種を 希望する理由	5 かかりつけ医であるため 6 長期入院 7 高齢者施設入所 8 その他 ()	

高齢者新
型コロナウ
イルス感染
症にチェッ
クしてくだ
さい。

※対象確認 (済・未)

※免除対象者確認 (済・未)

下記の条件を付して承認します。

上記の接種を希望する医療機関に対し予防接種に関する業務を委託しますので、接種当日に別紙連絡書、請求書
及び予診票を当該医療機関あてご提出ください。

(確認欄)

本人確認 ☐ 郵送 ☐

個人情報の保護について

この申請による個人情報は本事業以外の目的には使用いたしません。