

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. _____

令和 8 年 11 月 1 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 (●●●) ●●●● - ●●●●

定期予防接種申請書 (広域外予防接種)

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希望しますので申請します。

記

接種を受ける者 ※身分証明書添付	住 所	加西市北条町横尾 1000 番地
	氏 名	加西 太郎
接種を希望するワクチン にチェックしてください。	生年月日	S18 年 10 月 1 日 (満 83 歳)
	受ける予防接種の種類	☐ 高齢者用肺炎球菌 ☐ 带状疱疹 (☐ シングリックス ☐ ビケン) ☒ 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	大阪府〇〇市××△△-×
	医療機関名	〇〇病院
接種希望日	令和 8 年 12 月 1 日	
広域外予防接種 希望理由	1 かかりつけ医であるため 2 長期入院のため 3 高齢者施設入所中のため (施設名 :) 4 その他 ()	
書類の送付先	1 接種を受ける者 ※住民票の住所へ送付となります 2 申請者 ※身分証明書を必ず添付してください 3 接種医療機関又は入所施設 ※送付先がわかるものを必ず添付してください	

※身分証明書は、有効期限内のマイナンバーカード等の写しを添付してください。

※送付先がわかるものとは、施設名と住所等が記載されたパンフレットや封筒の写しなどで構いません。

(確認欄)

☐ 本人確認 ☐ 対象確認 (済・未)

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。