

国分寺市指定外医療機関予防接種承認申請書兼依頼書発行願

申請日 令和7年5月1日

※文字の訂正は、二重線を引き訂正印を押してください。修正テープは

国分寺市指定外医療機関予防接種費用助成規則第5条第1項に基づいて、下記のとおり申請します。併せて、国分寺市指定外医療機関の接種結果報告を受けることについて同意します。

原則、ご本人が申請してください。
※被接種者以外の方が申請する場合は委任状が、
成年被後見人等の方が申請する場合は成年被後見
人等の登記事項証明書の写しが必要になります

被接種者	住 所	東京都国分寺市 泉町 2-2-18		電話 番号	042-312-8628
	フリガナ	コクブンジ タロウ	性別	生年月日	
	氏 名	国分寺 太郎	男 ・ 女	昭和35年 4月10日 (65歳 か月)	
フリガナ		コクブンジ タロウ		被接種者との続柄	
申請者名 ※署名		国分寺 太郎		本人	
定期予防接種の種類 希望する定期予防接種に ○印をつけてください。 依頼書は、1年以内（高齢 者に対するインフルエン ザ又は新型コロナウイルス 感染症の予防接種に あっては、市長が別に定め る期間内）に受けられる予 防接種について発行しま す。	ロタウイルス (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ヒ ブ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 小児の肺炎球菌 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 五種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 四種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 三種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) ポ リ オ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) BCG 水痘 (1回目 ・ 2回目) 麻疹風しん (一期 ・ 二期 ・ 五期) 日本脳炎一期 (1回目 ・ 2回目 ・ 追加) ・ 日本脳炎二期 二種混合 ・ 子宮頸がん (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 高齢者肺炎球菌 ・ 帯状疱疹 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				
接種希望医療機関	医療機関名	〇〇クリニック 電話：〇〇〇(×××) △△△△			
	所在地	▲▲県●●市◆◆町			
上記医療機関での接種を希望する理由	里帰り先でのかかりつけ医のため。				
接種開始希望日	令和 7 年 6 月 1 日				

依頼書等の送付先について、以下のいずれかを選択してください（☐） ☒ 当館宛とします。

☐ 被接種者住所	マンション名・部屋番号までお書きください。 その他の住所にチェックした場合被接種者の 本人確認書類の写しが必要になります。
☒ その他の住所（以下に御記入ください） 〒▼▼▼▼-▼▼▼▼ ▲▲県●●市◆◆町2-2-2 ◆◆町ビル101号室	

※送付先の世帯の名字が異なる場合は「〇〇方」を、施設に入所している場合は施設名を明記してください。

提出書類

- ☐ 国分寺市指定外医療機関予防接種承認申請書兼依頼書発行願
☐ 【子どもの定期予防接種のみ】母子健康手帳
☐ 【麻しん風しん混合（五期）又は風しん単独（五期）の定期予防接種のみ】抗体検査の結果
☒ 【依頼書等の送付先を「その他の住所」にチェックした方のみ】被接種者の本人確認書類の写し
☐ 【60歳～64歳で定期予防接種対象者の方のみ】障害者手帳の写し