

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8年10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。修正テープは不可です。

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項の規定に基づき、指定外医療機関での予防接種について、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指定を受けたいと希望します。

また、この申請について、住民基本台帳等公簿の写しを提出し、接種の結果報告を受けることについて同意します。

原則、ご本人が申請者となります。

※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<br>泉町2-2-18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           | 電話番号     | 042-312-8628<br>※携帯等日中連絡可能な電話番号 |
|                                                                                   | 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<br>(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                                                                         |      | ロタウイルス (1回目・2回目・3回目)<br>ヒブ (1回目・2回目・3回目・追加)<br>小児の肺炎球菌 (1回目・2回目・3回目・追加)<br>B型肝炎 (1回目・2回目・3回目)<br>五種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)<br>三種混合 (1回目・2回目・3回目・追加)<br>ポリオ (1回目・2回目・3回目・追加)<br>BCG<br>水痘 (1回目・2回目)<br>麻しん風しん (一期・二期)<br>日本脳炎一期 (1回目・2回目・3回目)<br>日本脳炎二期 (1回目・2回目・3回目)<br>RSウイルス感染症 (分娩予定日: 年 月 日)<br>高齢者肺炎球菌・帯状疱疹<br>高齢者インフルエンザ・高齢者新型コロナ感染症 |                           |          |                                 |
| 希望する定期予防接種に○印をつけてください。                                                            |      | 同時に2種類のワクチンを申請できます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                           |          |                                 |
| 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。 |      | 本脳炎二期                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |          |                                 |
| 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                                                                 |      | かかりつけ医のため。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |          |                                 |
| 接種開始希望日                                                                           |      | 令和 7 年 10 月 30 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(□にチェックを入れた場合は申請者様宛とします)。

|                                                                                                  |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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。<br>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。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> その他の住所(以下に御記入ください)<br>〒▲▲▲-▲▲▲▲<br>▲▲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  
☒【依頼書等の送付先を「その他の住所」にチェックした場合】  
☐【60歳～64歳で定期予防接種対象者の方のみ】障害者手帳  
上記申請者と連絡先が異なる場合の連絡先情報

上記申請者と連絡先が異なる場合、申請に関する問い合わせのできる、親族や滞在先施設担当者等の連絡先情報をご記入ください。

|      |        |    |      |      |               |
|------|--------|----|------|------|---------------|
| フリガナ | イミ ヒカリ | 続柄 | 施設職員 | 電話番号 | 080-0000-0000 |
| 氏名   | 泉 光    |    |      |      |               |