

「予防接種実施依頼」申請書

豊島区長

申請者氏名		被接種者との続柄	
申請者住所・ 電話番号	〒 ー 電話番号 ()		

下記のとおり「予防接種実施依頼書」の交付を申請します。

フリガナ		男・女	(生年月日)	
被接種者氏名			大正 昭和	年 月 日
被接種者住所	豊島区			
予防接種の種類 (該当に○)	1 高齢者肺炎球菌ワクチン 3 新型コロナワクチン(高齢者) 2 高齢者インフルエンザ 4 带状疱疹ワクチン			
費用区分 (該当に○)	1 一部助成 2 免除 (生活保護の実施機関:)			
豊島区で予防接種を 受けられない理由 (該当に○)	1 施設に入所中のため 2 病院に入院中のため 3 その他 ()			
接種予定日	令和 年 月 日 (ごろ)			
入所・入院施設名				
施設の担当者氏名				
施設の住所 電話番号	〒 ー ※必ず記入してください。 電話番号 ()			

※以下の欄は、接種を希望する自治体の予防接種担当部署に確認してから記入してください。

依頼先 (該当に○)	区市町村長あて・医療機関長あて・その他 ()	
依頼先担当機関名	※依頼先が医療機関の場合、医療機関名を記入	
依頼先住所 電話番号	〒 ー ※必ず記入してください。 電話番号 ()	
依頼書送付先 (該当に○)	1 申請者住所 2 被接種者入所・入院施設 3 その他 (住所 〒 ー 宛先)	
依頼先の費用助成 (該当に○)	1 あり 2 なし	

「予防接種実施依頼書」申請書

豊島区長

申請者氏名	高松 花子	被接種者との続柄	子
申請者住所・ 電話番号	〒0000-0000 〇〇県 〇〇市 〇〇●-●-●● △△マンション●●●●号室 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		

下記のとおり「予防接種実施依頼書」の交付を申請します。

フリガナ	トシマ タロウ	男	(生年月日)
被接種者氏名	豊島 太郎	女	大正 昭和 6年 ●月 ●日
被接種者住所	豊島区 東池袋1-20-9		
予防接種の種類 (該当に○)	1 高齢者肺炎球菌ワクチン 3 新型コロナワクチン (高齢者) 2 高齢者インフルエンザ 4 带状疱疹ワクチン		
費用区分 (該当に○)	1 一部助成 2 免除(生活保護の実施機関: △△県 ●●市)		
豊島区で予防接種を 受けられない理由 (該当に○)	1 施設に入所中のため 2 病院に入院中 3 その他 (生活保護を受給しているかたは、どの自治体から受給しているかを記入してください。)		
接種予定日	令和 7 年 10 月 ● 日 (ころ)		
入所・入院施設名	特別養護老人ホーム▲▲▲▲		
施設の担当者氏名	事務 〇〇 様		
施設の住所 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ※必ず記入してください。 〇〇県 ■■市 〇〇●-●-●● 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		

※以下の欄は、接種を希望する自治体の予防接種担当部署に確認してから記入してください。

依頼先 (該当に○)	区市町村長あて・医療機関長あて・その他 ()		
依頼先担当機関名	△△病院 ※依頼先が医療機関の場合、医療機関名を記入		
依頼先住所 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 ※必ず記入してください。 〇〇県 ■■市 △△●-●-●● 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
依頼書送付先 (該当に○)	1 申請者住所 2 被接種者入所・入院施設 3 その他 (住所 〒 - 宛先)		
依頼先の費用助成 (該当に○)	1 あり (自己負担なし) 2 なし (自己負担あり) 窓口で全額支払い、後日助成金の手続きを行う場合は2を選択してください。		