

# 高齢者等定期予防接種 予診票発行申請書

令和 年 月 日

葛飾区長 宛て

以下のとおり申請します。

<b>申請者</b>	ふりがな		住所	〒
	氏名			
	電話番号		生年月日	年 月 日
	被接種者との続柄 (○で囲む)	1 本人 2 法定代理人 (続柄 ) 3 葛飾区民で同居かつ住民票上同一世帯の親族 4 その他の任意代理人 ( )		

【添付資料】 1. 申請者の本人確認資料(写) 2. (その他の任意代理人の場合のみ)委任状※郵送申請不可

※ 申請者と同一の場合は記載不要

<b>被接種者</b>	ふりがな		住所	〒
	氏名			
			生年月日	年 月 日

【添付資料】 3. 被接種者の本人確認資料(写)

※ 郵送申請で被接種者の住所に送付する場合は記載不要

<b>送付先</b>	ふりがな		送付先住所	〒
	氏名 (担当者等)			
			宛先 (施設名等)	

【添付資料】 4. 送付先確認資料(写)

<b>種別</b>	希望する予診票の種類をご記入ください
-----------	--------------------

<b>葛飾区使用欄</b>	1. <input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在留 ) <input type="checkbox"/> なし	2. <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受付
	3. <input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在留 ) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
	4. <input type="checkbox"/> あり(賃 火 ) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
	5. <input type="checkbox"/> あり(P 印証 難民 ) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
	6. <input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在所 入 ) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
	接種券番号		

# 高齢者等定期予防接種 予診票発行申請書

【記入例】

令和 6年 10月 1日

葛飾区長 宛て

以下のとおり申請します。

申請者	ふりがな	かつしか はなこ	住所	〒 124-8555
	氏名	葛飾 花子		東京都葛飾区立石5-13-1
	電話番号	03-3695-1111	生年月日	昭和58年 4月 1日
	被接種者との続柄 (○で囲む)	1本人 2法定代理人(続柄 ) 3葛飾区民で同居かつ住民票上同一世帯の親族 4その他の任意代理人( )		

【添付資料】 1. 申請者の本人確認資料(写) 2. (その他の任意代理人の場合のみ)委任状※郵送申請不可

※ 申請者と同一の場合は記載不要

被接種者	ふりがな	かつしか たろう	住所	〒 124-8555
	氏名	葛飾 太郎		東京都葛飾区立石5-13-1
			生年月日	昭和28年 4月 1日

【添付資料】 3. 被接種者の本人確認資料(写)

※ 郵送申請で被接種者の住所に送付する場合は記載不要

送付先	ふりがな		送付先住所	〒
	氏名 (担当者等)			
			宛先 (施設名等)	

【添付資料】 4. 送付先確認資料(写)

種別	希望する予診票の種類をご記入ください	新型コロナウイルスワクチン
----	--------------------	---------------

葛飾区使用欄	1. <input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在留 ) <input type="checkbox"/> なし	2. <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	受付
	3. <input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在留 ) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
	4. <input type="checkbox"/> あり(賃 火 ) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
	5. <input type="checkbox"/> あり(P 印証 難民 ) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
	6. <input type="checkbox"/> あり(運 健 介 マ 在所 入 ) <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	
	接種券番号		