【 個 人 用 】

**令和７年度 高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス**

**予防接種実施依頼書 交付申請書**

**記入例**

申請日：令和７年10月15日

**※接種する方の住民登録地（練馬区の住所）を書いてください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **被接種者** | **住所** | 〒　176　－　8501  練馬区豊玉北6―12―1 | | |
| **氏　　　名** | 練馬　太郎 | | |
| **生 年 月 日** | 明　治 ・ 大　正 ・ 昭　和　　　20年　　９月　　１日 | | |
| **電 話 番 号** | （日中の連絡先）03-3993-1111 | | |
| **申請者** | **住　　　所** | ※申請者が被接種者以外の場合に記入  **※申請者は別居、同居を問いません。**  〒　176　－　0025  練馬区中村南１－２－３－405 | | |
| **氏　　　名** | 練馬　一郎 | **続　　柄** | 子 |
| **電 話 番 号** | （日中の連絡先）03-5984-2484 | | |
| **申請理由** | | １ 施設入所中　２ 入院中　３ その他（　　　　　　　　　　　　 　）  **※希望するワクチンに〇をつけてください。** | | |
| **接種を希望する**  **ワクチンの種類** | | １ インフルエンザ　２ 新型コロナウイルス | | |
| **接種医療機関** | **名称** | ☆☆市民病院 | | |
| **住所** | 〒200　－　0000  〇〇県☆☆市△△町９－８－７  ※当欄記入の市区町村の予防接種担当部署に、費用や手続方法についてご確認ください。  **練馬区では接種費用の払戻し（償還払い）を行っていません。** | | |
| **入所・入院中の　施設・医療機関等** | **名称** | 有料老人ホーム　☆☆苑 | | |
| **住所** | 〒　200　－　0000  〇〇県☆☆市〇〇町２－２－２ | | |
| **電話番号** | 00-9999-1234 | | |
| **依頼書** | **依頼先** | １ 自治体長　２ 接種医療機関長　３ 施設内医療機関長 | | |
| **送付先** | 【各住所欄参照】１ 被接種者　２ 申請者　３ 入所施設・入院医療機関  **※当てはまるものに〇をつけてください。**  【この欄に記入】４ 自治体　　５ その他（　　　　　　　　　　）  **※４・５の場合のみ、住所等を記入してください。**  〒200　－　0000  〇〇県☆☆市××町３－３－３  ４の部署名（　　●●　部　　●●　課　　●●　　係　　　　　） | | |

接種予定日の２週間前までに、郵送、ファクスまたは持参でご提出ください。

　　＜職員処理欄＞

**係員**

**係長**

＜提出先＞

〒176-8501　東京都練馬区豊玉北6丁目12-1

練馬区保健所 保健予防課 予防接種係　宛

電話：03-5984-2484（直通）　ファクス：03-3993-6553