

鎌ヶ谷市予防接種依頼書発行申請書（B類接種用）

申請日 令和 年 月 日

鎌ヶ谷市長 あて

申請者	住所
	氏名
	電話
	続柄

下記のとおり、住所地外等で予防接種を受けたいので申請します。

予防接種の種類 (□に✓を記入、 回数を○で囲む)	<input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ
	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症
	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹「シングリックス®」 ( 1回目 ・ 2回目 )
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹「ビケン®」

\*高齢者インフルエンザ予防接種、新型コロナウイルス感染症予防接種については、年度内に接種歴のある方への依頼書は発行できません。  
 \*高齢者肺炎球菌予防接種については、過去に接種歴のある方への依頼書は発行できません。  
 \*帯状疱疹の予防接種については、過去にいずれかのワクチンの接種を完了している方への依頼書は発行できません。

予防接種を受ける方	住所	鎌ヶ谷市	
	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	大正 年 月 日 ( 歳 )	昭和
滞在先住所	〒 ( 様方 )		
滞在先電話番号			
接種医療機関 又は施設等	医療機関又は施設等の名称		
	電話番号		
接種予定日	令和 年 月 日		
依頼書の送付先	<input type="checkbox"/> 現住所 (住民票のある所) <input type="checkbox"/> 申請者の住所 <input type="checkbox"/> 滞在先の住所 <input type="checkbox"/> その他の送付先 〒 ( 様方 )		

鎌ヶ谷市処理欄 予防接種個人コード