

様式第1号（第6条関係）

協力医療機関（委託外医療機関）における定期予防接種承認申請書

年 月 日

葛城市長 様

太枠内をご記入ください。

申請者 (窓口に来られた方)	氏名	
	接種者との続柄	本人 ・ 家族(同一世帯に限る) その他 () 委任状が必要です。
	住所	葛城市
	日中の連絡先	(- -)
接種を受ける方	氏名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	葛城市 ☐ 申請者と同じ
	日中の連絡先	(- -) ☐ 申請者と同じ
予防接種の種類 (☒ をつけて下さい。)		☐ 肺炎球菌 ☐ インフルエンザ ☒ 高用量インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ☐ 带状疱疹 (☐ 生 ・ ☐ 組換え (1 回目 ・ 2 回目))
接種希望病院 及び予定日		所在地 () 市・町・村 名 称 () 予定日 年 月 日

受付職員名	健康増進課： 総合窓口課：
承認理由	① 上記医療機関・施設に入院・入所しているため ② 2次接種 () ③ 慢性疾患1次接種 () ④ かかりつけ医が市外医療機関であるため ⑤ その他 ()
免除対象の有無	有 ・ 無 (自己負担金と納付書必要、下の健康増進課記入欄の記入が必要)

----- 以下、健康増進課職員記入欄（免除申請「有」の場合は記入不要） -----

	確認日	確認者		登録日	登録者
金額、申請書確認	/		任意ファイル登録	/	

委 任 状

葛 城 市 長 様

代 理 人

住__所_____

氏__名_____（接種対象者との関係：_____）

生年月日_____年_____月_____日生_____

わたしは、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

〔 令和 8 年度 協力医療機関（委託外医療機関）における 定期
予防接種承認申請の手続きに関する 一切の権限 〕

年 月 日

住__所_____

接種対象者(署名または記名押印)_____

生年月日__大・昭____年_____月_____日生_____