

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 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	日中の連絡先	(- -) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
予防接種の種類 (<input checked="" type="checkbox"/> をつけて下さい。)	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高用量インフルエンザ <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> 带状疱疹 (<input type="checkbox"/> 生 ・ <input type="checkbox"/> 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 -----