

【提出していただくもの】

- この申請書
- 申請者の本人確認書類の写し※運転免許証やマイナンバーカード等（顔写真付きのもの）
- （本人または同一世帯の方以外が申請する場合）委任状

令和 6年 5月 1日

依頼書の交付を申請します。

ください。

依頼書の宛名	<input type="checkbox"/> 市区町村長あて <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関（接種医）あて
接種費用の本人負担はありますか	<input type="checkbox"/> なし（無料。受け入れ先の市区町村が負担） <input checked="" type="checkbox"/> あり（有料。申請者が実費を医療機関に支払い、後日前橋市に請求）

2. 申請者について教えてください。

フリガナ氏名	アサヒ ハナコ 朝日 花子	被接種者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> その他（ ）
住所（住民票上）	〒371-0014 前橋市朝日町3-36-17		
電話番号	027 - 212 - 3707		

3. 被接種者（予防接種を受ける方）の情報について教えてください。

フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	アサヒ タロウ 朝日 太郎
住所（住民票上）	〒	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 6年 4月 1日	
予防接種の種類 該当するワクチンに✓ ※「その他」の場合はワクチン名と回数を記入 ※ロタ、HPVは（ ）内も必ず✓を付けてください	ロタウイルス (<input checked="" type="checkbox"/> ロタリックス <input type="checkbox"/> ロタテック)	<input checked="" type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	ヒブ	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	4種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	5種混合	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	BCG	<input type="checkbox"/> 1回目
	HPV(<input type="checkbox"/> 2価 <input checked="" type="checkbox"/> 4価 <input type="checkbox"/> 9価)	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
<input checked="" type="checkbox"/> その他（ワクチン名と回数：高齢者インフルエンザ等）		
接種医療機関	医療機関名： ○●クリニック 住所：〒○○○-○○○○ ●●県○●市××町1-2-3	
初回接種予定日	令和 年 月 日 ※決まっている場合のみ記入	
県外での接種理由	県外の施設に入所中のため 等	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 県外の滞在住所を記入（～様方 等）

ワクチン名のチェックも忘れずに

接種するものにチェック

4. 保健予防課が発行した依頼書の郵送先をチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 受け入れ先の市区町村※ <input checked="" type="checkbox"/> 現在の居所 <input type="checkbox"/> 住民票上の住所（前橋市の住所）

※受け入れ先市区町村から直接送付の指示があった場合のみ

■市確認欄

受付日	対応者	本人確認	免・保・マイ・在留・その他（ ）
-----	-----	------	------------------