

様式第 1 号

広域的予防接種申込書（郵送申請用）

令和 年 月 日

（あて先） 姫路市長

申請者 住 所 〒

氏 名 （続柄 ）

電話番号 （ ） -

予防接種法に基づく予防接種について、下記のとおり予防接種を受けたいので承認願います。

接種を受ける人	住 所	姫路市	
	氏 名		男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生（満 歳） 注 1 60 から 64 歳の方は対象であることを証明する書類の添付が必要	
予防接種の種類 希望するものに☑をする	☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 高齢者インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス感染症		
接種を希望する 医 療 機 関	所在地		
	医 療 機関名		
接種希望日	令和 年 月 日		
広域的予防接種 を希望する理由	1. かかりつけ医であるため 2. その他（ ）		

注意 1 「①身体障害者手帳 1 級」または「②医師の診断書」（①、②共通で次の状態であることが確認できること。）
心臓、じん臓若しくは呼吸器の機能に日常生活活動が極度に制限される程度の障害がある方、およびヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害が有る方

◎ 上記内容について、「予防接種に関する連絡書」の発行をもって承認とします。

◎ 不承認の際は、不承認の理由を示し、書面にて通知いたします。

※ 個人情報の保護について

この票の個人情報は、本事業の予防接種の安全性の確保を目的に使用します。
また、目的外の使用は禁止します。