奈良市定期予防接種承認書（依頼書）交付申請書（B類）

（宛先）奈 良 市 長

令和　　年　　月　　日

あてはまるものの□内に✔または記入してください。

予防接種の種類		□　高齢者インフルエンザ　□　新型コロナウイルス感染症
申請区分		□ 市外接種（奈良県内）　□ 県外接種（奈良県外）　□ 60－64歳の該当者
接種対象者	住所	奈良市
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日・年齢	□　昭和 □　大正　　年　　月　　日　（　　歳）
日中連絡のつく電話番号		□　本人 □　代理人　　—　　—
接種を受ける医療機関		医療機関名
		医療機関の所在地　都道府県　市区町村
		依頼先（県外接種の場合のみ）　□ 医療機関長あて　□市区町村長あて
※上記住所と異なる場合のみ記入 接種時の滞在先（連絡先）	住所・施設名	
	電話番号	—　—
申請理由		□ かかりつけ □ 入院・入所中 □ その他　（　　）
申請者	本人	□ 接種対象者本人が申請
	ご家族等代理人が申請する場合は下記の代理人欄を記入ください	
	代理人 住所	
	代理人 フリガナ	被接種者との続柄：
	代理人 氏名	
	【施設関係者が申請者の場合は下記事項を確認の上、「はい」に✔してください】	
	1. 今回の予防接種申請にあたり、被接種者ご本人に接種希望の確認と、ご本人またはご家族などに代理申請を行うことについて、了承を得ています。 2.（市外接種申請の場合のみ）予防接種が未接種となり自己負担金を返還する必要が生じた際、本人またはご家族に自己負担金の返還についての説明及び当課との連絡調整を行います。	□ はい
送付先 ※郵送を希望する場合のみ記入		□ 接種対象者の住所　□ 接種対象者の滞在先　□ 申請者の住所

申請時に必要な書類
○本人が申請する場合・・・健康保険証等の本人確認書類
○ご家族等が申請する場合・・・接種を受ける人のマイナンバーカード等の本人確認書類（コピー可）、申請者の本人確認書類

担当課使用欄

種類	60-64歳対象者確認書類	領収書番号・文書番号	領収金額
インフルエンザ	□ 身体障害者手帳 □ 意見書		→
新型コロナ	□ 身体障害者手帳 □ 意見書		→

令和8年度