

決 定	課長	係長	係員

予防接種依頼書交付申請書（带状疱疹・インフルエンザ・新型コロナワクチン）

※本人の意思確認ができない人は、法定接種はできません

被 接 種 者	住所（住民登録上）	足立区
	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日生（ 歳）
予防接種の種類		（希望のワクチンに○をつけて下さい） 带状疱疹・インフルエンザ・新型コロナワクチン
接 種 日 （ 予 定 ）		年 月 日（ ）
		年 月 日（ ）予備日
依 頼 先		
理 由		
本人予防接種の希望の確認		本 人 の 接 種 確 認 有 ・ 無
意 思 確 認 の 方 法		（具体的に記入して下さい）
年 月 日 <u>申請者住所</u> <u>氏名</u> <u>続柄</u> <u>電話番号</u>		

- 注 （１）予防接種依頼書交付申請書と併せて、**切手（１１０円）を貼った返信用封筒**を接種日の２０日前には足立区役所保健予防課に到着するように提出してください。
- （２）接種期間は带状疱疹…該当年度の４月１日から３月３１日まで インフル…毎年１０月１日から１月３１日まで コロナ…毎年１０月１日から３月３１日まで
- （３）依頼先は接種する市町村の保健所等に確認してください。
- （４）予防接種依頼書によって、２３区外での接種も定期接種として扱われます。带状疱疹・高齢者インフルエンザ・新型コロナワクチン定期予防接種については、**２３区外での接種費用は自己負担**となります。**区から接種費用に対する償還払いの制度はありません**のでご了承ください。

担当 〒120-8510 足立区中央本町１-17-1 TEL3880-5094 足立区役所保健予防課予防接種係