

【子ども】
記入例

年 月 日

(宛先) 高松市長

高松市定期予防接種等実施依頼書発行申請書

委託医療機関以外で予防接種を受けたいので、高松市定期予防接種等の接種費用助成要綱第5条の規定により、次のとおり高松市定期予防接種等実施依頼書の発行を申請します。

住民登録地

申請者 住所 高松市桜町1丁目10番27号 ○○マンション△△号

**すべての欄にもれなく
記入をしてください。**

氏名 高松 花代

接種を受ける人との続柄 母

昼間連絡のとれる電話番号 (090)○○○○-○○○○

予 防 接 種 名 及 び 回 数 (接種を希望する予防接種名・ 回数を記載してください)	予防接種名 五種混合	回数 1～3回目
	予防接種名 小児用肺炎球菌	回数 1～3回目
	予防接種名 B型肝炎	回数 1～3回目
	予防接種名 ロタ	回数 1～3回目
	予防接種名 BCG	回数 1回目
対象者(被接種者)氏名 (接種を受ける人の氏名)	フリガナ タカマツ ケンタ	
	高松 健太	(男)・女)
生 年 月 日	令和 6 年 5 月 1 日 (0 歳 2 か月)	
住 所	〒 760 - 0074 高松市 桜町1丁目10番27号 ○○マンション△△号	
申 請 理 由	里帰り出産のため	
滞 在 先 住 所 (方書があれば方書も記入)	〒○○○-○○○○	
	○○○県○○市○○町○○番地 △△マンション△△号室 ○○ 様方	
滞 在 予 定 期 間	令和 6 年 4 月 1 日 ～ 令和 6 年 12 月 31 日頃	
接種を受ける市町村	(接種を受ける市区町村) ○○市 (医療機関名) ○○クリニック (医療機関所在地) ○○市○○町○○番地	
依頼書を送付する医療機関	滞在先住所 ・ その他 (送付先〒 その他の場合はこちらにも記入)	
依頼書の宛先	市区町村長宛 ・ 接種を受ける病院長宛 ※ 希望する予防接種が、集団接種か個別接種かを接種を受ける市区町村に必ず御確認の上、依頼書の宛先を選択してください。	

接種希望の医療機関が
県外接種に対応しているか
事前に御確認ください。医療機関所在地の予防接種担当課に
問い合わせてください。

いずれかに○をつける

※この申請は接種前に行ってください。接種後の申請はできません。

※依頼書を郵送で提出する場合は、宛先等を記入した返信用封筒（サイズ：長形3号）を同封の上、高松市保健所感染症対策課予防接種係償還払担当（〒760-0074 高松市桜町一丁目10番27号）まで送付してください。

様式第1号（第5条関係）

（宛先） 高松市長

【子宮頸がん】
記入例

年 月 日

高松市定期予防接種等実施依頼書発行申請書

接種する方が18歳以上で
本人以外が申請する場合
委任状が必要です。

委託医療機関以外で予防接種を受けたいので、高松市定期予防接種等の接種費用助成要綱第5条の規定により、次のとおり高松市定期予防接種等実施依頼書の発行を申請します。

住民登録地

申請者 住所 高松市桜町1丁目10番27号 ○○マンション△△号

氏名 高松 さくら

接種を受ける人との続柄 本人

昼間連絡のとれる電話番号 (090)○○○○-○○○○

すべての欄にもれなく
記入をしてください。

予 防 接 種 名 及 び 回 数 (接種を希望する予防接種名・ 回数を記載してください)	予防接種名	子宮頸がん	回数	1～3回目
	予防接種名		回数	
	予防接種名		回数	
	予防接種名		回数	
	予防接種名		回数	
対象者（被接種者）氏名 (接種を受ける人の氏名)	フリガナ	タカマツ サクラ		
		高松 さくら	(男 ・ 女)	
生 年 月 日	平成 15 年 5 月 1 日 (21 歳 1 か月)			
住 所	〒 760 - 0074			
	高松市 桜町1丁目10番27号 ○○マンション△△号			
申 請 理 由	県外の大学に進学のため			
滞 在 先 住 所 (方書があれば方書も記入)	〒○○○-○○○○			
	○○○県○○市○○町○○番地 △△マンション△△号室 ○○ 様方			
滞 在 予 定 期 間	令和 4 年 4 月 1 日 ～ 令和 8 年 3 月 31 日頃			
接種を受ける市町村	(接種を受ける市区町村) ○○市			
	(医療機関名) ○○クリニック			
	(医療機関所在地) ○○市○○町○○番地			
依 頼 書 送 付 先	滞在先住所 ・ その他			
	(送付先〒 その他の場合はこちらにも記入)			

医療機関所在地の予防接種担当課に
問い合わせてください。

住民
登録地

依頼書の宛先	市区町村長宛 ・ 接種を受ける病院長宛 いずれかに○をつける ※ 希望する予防接種が、集団接種か個別接種かを 接種を受ける市区町村に必ず御確認の上 、依頼書の宛先を選択してください。
--------	--

※この申請は接種前に行ってください。接種後の申請はできません。
※依頼書を郵送で提出する場合は、宛先等を記入した返信用封筒（サイズ：長形3号）を同封の上、高松市保健所感染症対策課予防接種係償還払担当（〒760-0074 高松市桜町一丁目10番27号）まで送付してください。

様式第1号（第5条関係）

（宛先） 高松市長

【高齢者】
記入例

年 月 日

高松市定期予防接種等実施依頼書発行申請書

本人以外が申請する場合
委任状が必要です。

委託医療機関以外で予防接種を受けたいので、高松市定期予防接種等の接種費用助成要綱第5条の規定により、次のとおり高松市定期予防接種等実施依頼書の発行を申請します。

住民登録地

すべての欄にもれなく
記入をしてください。

申請者	住所	高松市桜町1丁目10番27号 ○○マンション△△号
	氏名	高松 花代
	接種を受ける人との続柄	長女
	昼間連絡のとれる電話番号	(090)○○○○-○○○○

予 防 接 種 名 及 び 回 数 （接種を希望する予防接種名・回数を記載してください）	予防接種名	インフルエンザ	回数	1回
	予防接種名	コロナワクチン	回数	1回
	予防接種名		回数	
	予防接種名		回数	
	予防接種名		回数	
対象者（被接種者）氏名 （接種を受ける人の氏名）	フリガナ	タカマツ タロウ		
		高松 太郎 (男) ・ 女)		
生 年 月 日	昭和 15 年 5 月 1 日 (84 歳 1 か月)			
住 所	〒 760 - 0074 高松市 桜町1丁目10番27号 ○○マンション△△号 住民登録地			
申 請 理 由	県外の施設に入所のため			
滞 在 先 住 所 （方書があれば方書も記入）	〒○○○-○○○○			
	○○○県○○市○○町○○番地 △△ケアハウス△△号室 様方			
滞 在 予 定 期 間	令和 4 年 4 月 1 日 ～ 年 月 日頃 未定			
接種を受ける市町村	(接種を受ける市区町村) ○○市 (医療機関名) ○○クリニック (医療機関所在地) ○○市○○町○○番地			

接種希望の医療機関が
県外接種に対応しているか
事前に御確認ください。

依 頼 書 送 付 先	滞在先住所 ・ その他 (送付先〒 その他の場合はこちらにも記入)
依 頼 書 の 宛 先	市区町村長宛 ・ 接種を受ける病院長宛 いずれかに○をつける ※ 希望する予防接種が、集団接種か個別接種かを 接種を受ける市区町村に必ず 御確認の上 、依頼書の宛先を選択してください。

※この申請は接種前に行ってください。接種後の申請はできません。

※依頼書を郵送で提出する場合は、宛先等を記入した返信用封筒（サイズ：長形3号）を同封の上、高松市保健
所感染症対策課予防接種係償還払担当（〒760-0074 高松市桜町一丁目10番27号）まで送付してください。