

令和7年度 高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス予防接種
県内乗り入れ申請書

《記入見本》

届出者氏名 ふじみ野 花子 (続柄: 本人)

電話番号 049 (〇〇〇)〇〇〇〇

※本人申請以外の場合は、
連絡先を記入

※太枠の中を記入してください。

申し込み年月日	令和7年 9 月 22 日						
氏名	ふじみ野 花子						
生年月日	大・ 昭	35年	5月	日	年齢	65	歳
住所	ふじみ野市福岡△-△-△						
電話番号	049(〇〇〇)〇〇〇〇						
受診医療機関	インフルエンザ	川越	市・町	医療機関名:	△△病院		
	新型コロナ	川越	市・町	医療機関名:	□□クリニック		
医師名 (わかる場合)	○山△男						
理由	①かかりつけ医のため ②その他()						

今回の申請で予防接種が受けられる期間は下記のとおりです。
※実施期間を過ぎると、この手続きで補助を受けることはできませんのでご注意ください。

令和7年10月1日(水)～令和8年1月31日(土)

【職員記入欄】 これ以降は職員が記入します。

【対象者】

- ①接種日に65歳以上の人
②接種日に60歳以上65歳未満で心臓、じん臓、呼吸機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能に障がいがあり、日常生活活動が極度に制限される方

職員確認欄				
年齢	住所	医療機関	受付者サイン	受付方法

〒	氏 名: 住 所:〒 電話番号:
---	------------------------