

令和8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

届出者氏名 (続柄:)

電話番号 () ※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	年 月 日			
氏名				
生年月日	大・昭 年 月 日	年齢	歳	
住所	ふじみ野市			
電話番号	()			
受診医療機関	インフルエンザ	市・町	医療機関名:	
	新型コロナ	市・町	医療機関名:	
医師名 (わかる場合)				
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8年10月1日(木)～令和9年1月31日(日)

【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:
---	------------------------