

高齢者予防接種予診票交付(免除)申請書  
(高齢者インフルエンザ・新型コロナウイルス感染症)

以下の事項に同意し、予診票の交付(または免除)を申請します。

- (1)杉並区に転入してきた場合で、以前住んでいた自治体が発行した予診票を持っている場合は、  
(2)発行した予診票の送付先は接種する方の住民登録地となります。  
(3)取得した個人情報 は予診票発行のために使用します。

記入例

杉並区長 宛

申請年月日

令和 7年 10月 1日

|                                 |                                                                                                 |                                                                                                                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 予防接種の種類                         | <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 |                                                                                                                                     |
| 接種する方                           | フリガナ                                                                                            | スギナミ タロウ                                                                                                                            |
|                                 | 氏 名                                                                                             | 杉並 太郎                                                                                                                               |
|                                 | 住 所                                                                                             | 〒 167 - 0051                                                                                                                        |
|                                 |                                                                                                 | 杉並区 荻窪5-20-1                                                                                                                        |
|                                 | 生年月日                                                                                            | 大 正 昭和 25 年 1 月 1 日                                                                                                                 |
|                                 | 電話番号                                                                                            | (日中の連絡先) 03-3391-1025                                                                                                               |
| 該当の場合に <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護もしくは中国残留邦人等支援給付を受給している                                  |                                                                                                                                     |
|                                 | <input type="checkbox"/> 60～64歳で心臓・腎臓・呼吸器の機能またはヒト免疫不全ウイルスに                                      |                                                                                                                                     |
| 申請理由                            | 1 未着 2 紛失 3 転入<br>4 その他 ( )                                                                     |                                                                                                                                     |
| ※代理の方による申請の場合、下欄にも記入            |                                                                                                 |                                                                                                                                     |
| 申請者<br>(代理の方)                   | 被接種者との関係                                                                                        | <input type="checkbox"/> 夫・妻 <input checked="" type="checkbox"/> 子・孫 <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|                                 | フリガナ                                                                                            | スギナミ ハナコ                                                                                                                            |
|                                 | 氏 名                                                                                             | 杉並 花子                                                                                                                               |
|                                 | 住 所                                                                                             | 〒 166 - 8570                                                                                                                        |
|                                 |                                                                                                 | 杉並区阿佐谷南1-15-1                                                                                                                       |
|                                 | 生年月日                                                                                            | 大 正 昭和 平成 年 月 日                                                                                                                     |
| 電話番号                            | (日中の連絡先) 03-3312-2111                                                                           |                                                                                                                                     |

【提出先】 〒167-0051杉並区荻窪5-20-1

杉並保健所 保健予防課 高齢者予防接種担当 宛

- ・投函されてから予診票がお手元に届くまで一週間～10日ほどかかります。日数に余裕をもって申請してください。
- ・60～64歳で新規申請の方は、障害の確認ができるものを同封してください。  
(障害者手帳または医師の証明書など身体障害者手帳1級相当に該当するもの)
- ・60～64歳で再交付申請の方の確認書類は不要です。

【問い合わせ】 03-3391-1025

以下、係使用欄

- 1 心臓  
2 じん臓  
3 呼吸器  
4 免疫不全

| 受付                                                                                                                                                                                                     | 発行 | 点検 | 発送                                                                                        | 発送日 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 荻窪事務所<br><input type="checkbox"/> 地域福祉係 <input type="checkbox"/> 高円寺事務所<br><input type="checkbox"/> 障害福祉サービス係 <input type="checkbox"/> 高井戸事務所 |    |    | <input type="checkbox"/> 窓<br><input type="checkbox"/> 郵送<br><input type="checkbox"/> その他 | /   |