

令和7年10月1日

調布市長 宛

申請者 住所 **調布市小島町2-33-1**  
氏名 **調布 一郎**  
被接種者との続柄 **本人**  
電話番号 **042-441-6100**

日中連絡の取れる電話番号を記入。  
申請者連絡先でない場合は、被接種者との続柄を記入。  
例)042-441-6135 (長女 調布 花子)

調布市定期予防接種実施依頼書交付申請書

指定外医療機関で定期予防接種を受けたいため、下記のとおり調布市定期予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

被接種者	住所	〒 <b>182-0026</b> <b>調布市小島町2-33-1</b>		
	ふりがな	<b>ちょうふ いちろう</b>	電話番号	<b>042(441)6100</b>
	氏名	<b>調布 一郎</b>		
	生年月日	<b>昭和35年4月1日 (65歳)</b>		
滞在先	名称	<b>△△施設</b>		
	住所	〒 ○○○-○○○○ <b>○○市□□町1-2-3</b>		
	電話	○○○-○○○-○○○○		
実施医療機関	名称	<b>○○クリニック</b>		
	住所	〒 ○○○-○○○○ <b>○○市□□町10-9-8</b>		
	電話	○○○-○○○-○○○○		
希望理由	1 医療機関に入院・ <b>2 施設に入所</b> 3 その他 ( )			
予防接種の種類	<b>高齢者等インフルエンザワクチン</b> ・ <b>高齢者等新型コロナワクチン</b> 高齢者等肺炎球菌ワクチン・帯状疱疹ワクチン (定期予防接種)			
依頼書の宛名	1 市区町村長・2 予防接種医			
送付先	1 <b>調布市の住民登録地</b> ・2 滞在先 3 その他 ( )			記入は不要です。
その他	調布市が作成した依頼書の送付先に○をしてください。			

※ 各ワクチンの対象者についての詳細は、調布市ホームページを御参照ください。