

令和 6年 4月 1日

尾張旭市長 殿

〒488-0000

申請者

住所

尾張旭市〇〇町〇丁目〇番地

氏名

尾張 一郎

続柄 (本人)

電話

〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

★申請者が家族の場合は、
申請者の情報と続柄を記入

尾張旭市予防接種実施依頼書交付申請書 (B類疾病)

尾張旭市予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり、
予防接種を受けたいので、予防接種実施依頼書の交付を申請します。

記

	<input type="checkbox"/> 高齢者 インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上 <input type="checkbox"/> 接種日に60~64歳の身体障害者手帳1級程度
該当する口にチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢者用肺炎球菌	<input checked="" type="checkbox"/> 接種日に65歳 <input type="checkbox"/> 接種日に60~64歳の身体障害者手帳1級程度
予防接種	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス ウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 接種日に65歳以上 <input type="checkbox"/> 接種日に60~64歳の身体障害者手帳1級程度
フリガナ	オウリ イチロウ	
被接種者氏名	尾張 一郎	生年月日 昭和 34年 4月 2日 (満 65 歳)
希望する 医療機関	〇〇〇 病院	医療機関 所在地 〇〇〇 市 町 村
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (※□内にレ点のみで可)	申請者と同じ場合は、 ☑みで住所は記入不要
※住民登録の ある所を記入	〒488-0000 尾張旭市〇〇町〇丁目〇番地	
居 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇〇市〇〇区〇〇番地	施設等に入所中の場合は、 住所・施設名・ 施設の連絡先を記入
※上記の住所と 異なる場合のみ記入	電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
事 由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()	<input type="checkbox"/> 2 長期入院治療 <input type="checkbox"/> 3 高齢者施設入所
該当する口にチェック		

※下欄は記入しないでください。

(起案) 令和 年 月 日	(決裁) 令和 年 月 日	(発行) 令和 年 月 日
上記、申請者に対して予防接種依頼書を交付してよろしいか。(伺い)		
課 長	課長補佐	係 長
係	確 認 事 項	
	<input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等級	<input type="checkbox"/> 予防接種台帳 <input type="checkbox"/> 生活保護受給